

**ZARZĄDZENIE NR 29/2025/DGL  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 24 kwietnia 2025 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju  
leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 oraz w związku z art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.<sup>1)</sup>) oraz na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930 oraz z 2025 r. poz. 129) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W zarządzeniu Nr 9/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 stycznia 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe (z późn. zm.<sup>2)</sup>), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 9 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) współpracy z zespołem koordynacyjnym i przekazywania zespołowi koordynacyjnemu dokumentów wymaganych zgodnie z **załącznikami nr 9-36a** do zarządzenia, jeżeli opis programu przewiduje funkcjonowanie takiego zespołu;”;

2) w § 10 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku, gdy opis programu lekowego przewiduje funkcjonowanie zespołu koordynacyjnego, ostateczna kwalifikacja świadczeniobiorcy do tego programu dokonywana jest zgodnie z zasadami określonymi w **załącznikach nr 9-36a** do zarządzenia.”;

3) § 19 otrzymuje brzmienie:

„§ 19. 1. Oznaczenie powołanych zespołów koordynacyjnych i zakres ich działania określają **załączniki nr 9-36a** do zarządzenia.

2. Składy zespołów koordynacyjnych określają **załączniki nr 37-64a** do zarządzenia.”;

4) § 20 otrzymuje brzmienie:

„§ 20. Zespoły koordynacyjne działają na podstawie regulaminów stanowiących **załączniki nr 65-93** do zarządzenia.”;

5) w § 24 ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. W przypadku realizacji programu "Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki" rozliczenie, o którym mowa w ust. 1, dokonywane jest:

1) jednorazowo przy kwalifikacji - w oparciu o świadczenia o kodach 5.08.08.0000154, 5.08.08.0000156, 5.08.08.0000289 w przypadku pacjentów pozytywnie zakwalifikowanych do programu lekowego;

2) każdorazowo przed podaniem leku - w oparciu o świadczenia o kodach 5.08.08.0000155, 5.08.08.0000157, 5.08.08.0000290.”;

6) załącznik nr 1k do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;

7) załącznik nr 11 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 146, 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129 i 304.

<sup>2)</sup> Zmienionym zarządzeniem nr 12/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lutego 2025 r. oraz zarządzeniem nr 20/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 marca 2025 r.

- 8) załącznik nr 1m do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;
- 9) załącznik nr 2t do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;
- 10) załącznik nr 3 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia;
- 11) załącznik nr 4 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego zarządzenia;
- 12) załącznik nr 5 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do niniejszego zarządzenia;
- 13) załącznik nr 9 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 8 do niniejszego zarządzenia;
- 14) załącznik nr 10 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 9 do niniejszego zarządzenia;
- 15) załącznik nr 12 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 10 do niniejszego zarządzenia;
- 16) dodaje się załącznik nr 36a do zarządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 11 do niniejszego zarządzenia;
- 17) załącznik nr 37 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 12 do niniejszego zarządzenia;
- 18) załącznik nr 38 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 13 do niniejszego zarządzenia;
- 19) załącznik nr 59 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 14 do niniejszego zarządzenia;
- 20) dodaje się załącznik nr 64a do zarządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 15 do niniejszego zarządzenia;
- 21) załącznik nr 66 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 16 do niniejszego zarządzenia;
- 22) dodaje się załącznik nr 93 do zarządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 17 do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.** Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

**§ 3. 1.** Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia w terminie 30 dni od dnia jego wejścia w życie.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 2.

**§ 4.** Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 kwietnia 2025 r., z wyjątkiem załącznika nr 2t, o którym mowa w § 1 pkt 9 w zakresie:

- 1) lp. 10, którą stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 30 stycznia 2025 r.,
- 2) lp. 11 i 12, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 5 marca 2025 r.

§ 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Miłosz Anczakowski  
wz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
*/dokument podpisany elektronicznie/*

Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe

kod świadczenia			5.08.07.0000001	5.08.07.0000002	5.08.07.0000003	5.08.07.0000004	5.08.07.0000005	5.08.07.0000004	5.08.07.00000018	5.08.07.00000026	5.08.07.00000023	5.08.07.00000009	5.08.07.00000027	5.08.07.00000029	5.08.07.00000030
nazwa świadczenia			hospitalizacja związana z wykonaniem programu	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu	hospitalizacja związana z podaniem nusinersenu w znieczuleniu ogólnym i pod kontrolą tomografii komputerowej	hospitalizacja związana z podaniem nusinersenu w znieczuleniu ogólnym lub pod kontrolą tomografii komputerowej	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym m związane z wykonaniem programu	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym m połączone z podaniem iniekcji doszkliskowej w programie lekowym	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu	kwalifikacja do leczenia w programie lekowym oraz weryfikacja jego skuteczności	leczenie w warunkach domowych	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym m związane z podaniem toksyny botulinowej typu A pod kontrolą elektromiografi i, stymulacji elektrycznej mięśnia i/lub ultrasonografii w leczeniu spastyczności kończyn	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym m połączone z podaniem toksyny botulinowej typu A w leczeniu migreny przewlekłej	przyjęcie pacjenta połączone z podaniem Lutetium (177Lu) oxodotreotidi
wartość punktowa			486,72	540,80	486,72	900,00	678,72	108,16	378,56	324,48	338,00	koszt świadczenia zawarty w wycenie koncentratu czynnika krzepnięcia/leku	378,56	378,56	745,79
Lp	Kod zakresu	Nazwa zakresu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	03.0000.301.02	Leczenie chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B	x	x	x			x							
2	03.0000.304.02	Leczenie chorych na raka jelita grubego	x		x			x							
3	03.0000.305.02	Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego I ub raka dróg żółciowych	x		x			x							
4	03.0000.306.02	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	x		x			x							
5	03.0000.308.02	Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich	x		x			x							
6	03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi	x		x			x							
7	03.0000.310.02	Leczenie pacjentów z rakiem nerki	x		x			x							
8	03.0000.312.02	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe	x		x			x			x				
9	03.0000.314.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową	x		x			x							
10	03.0000.315.02	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B		x	x			x			x	x			
11	03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	x	x	x			x							
12	03.0000.318.02	Leczenie przedwczesnego		x	x			x							



		dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego												
13	03.0000.319.02	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki	x	x	x			x			x			
14	03.0000.320.02	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	x	x	x			x			x			
15	03.0000.321.02	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	x	x	x			x			x			
16	03.0000.322.02	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	x	x	x			x			x			
17	03.0000.323.02	Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III	x	x	x			x			x			
18	03.0000.324.02	Leczenie choroby Hurler	x	x	x			x			x			
19	03.0000.325.02	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	x	x	x			x			x			
20	03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	x	x	x			x						
21	03.0000.328.02	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	x	x	x			x						
22	03.0000.329.02	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	x	x	x			x		x				
23	03.0000.330.02	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A		x	x			x					x	
24	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)	x	x	x			x						
25	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	x	x	x			x						
26	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów		x	x			x		x	x			
27	03.0000.335.02	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)			x			x		x	x			
28	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)			x			x		x	x			
29	03.0000.337.02	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek	x	x	x			x						
30	03.0000.338.02	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)	x	x	x			x			x			
31	03.0000.339.02	Leczenie wtórnej	x	x	x			x						

		nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami												
32	03.0000.340.02	Profilaktyka zakażeń wirusem RS		x	x			x						
33	03.0000.341.02	Leczenie zespołu Prader - Willi	x	x	x			x			x			
34	03.0000.342.02	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)	x	x	x			x			x			
35	03.0000.344.0 2	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy	x	x	x			x						
36	03.0000.347.02	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	x	x	x			x		x	x			
37	03.0000.350.02	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej	x		x			x						
38	03.0000.352.02	Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi	x		x			x						
39	03.0000.354.02	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego	x		x			x						
40	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	x	x	x			x						
41	03.0000.356.02	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego	x		x			x						
42	03.0000.357.02	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	x		x			x					x	
43	03.0000.358.02	Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka	x		x			x						
44	03.0000.359.02	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych	x	X	x			x						
45	03.0000.361.02	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną	x	x	x			x			x			
46	03.0000.362.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych			x			x						
47	03.0000.364.02	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)	x	x	x			x			x			
48	03.0000.365.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną	x	x	x			x			x			
49	03.0000.366.02	Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe	x	x	x			x						
50	03.0000.367.02	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	x	x	x			x						
51	03.0000.370.02	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki						x	x		x			
52	03.0000.371.02	Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	x	x	x			x						
53	03.0000.373.02	Leczenie pacjentów z neurogenną	x	X	x			x						

		nadreaktywnością wypieracza													
54	03.0000.374.02	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	x		x			x							
55	03.0000.375.02	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń	x	x	x			x			x				
56	03.0000.376.02	Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)	x	x	x			x			x				
57	03.0000.377.02	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina	x	x	x			x							
58	03.0000.379.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową	x		x			x							
59	03.0000.381.02	Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)	x		x			x							
60	03.0000.382.02	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK			x			x		x	x				
61	03.0000.385.02	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki	x		x			x							
62	03.0000.386.02	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	x	x	x			x			x				
63	03.0000.387.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc	x		x			x							
64	03.0000.388.02	Leczenie pacjentów chorych na raka podstawkomórkowego skóry	x		x			x			x				
65	03.0000.389.02	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyżściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)	x	x	x			x							
66	03.0000.390.02	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	x		x			x			x				
67	03.0000.395.02	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno- mocznicowym (aHUS)	x	x	x			x			x				
68	03.0000.396.02	Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)	x	x	x			x			x				
69	03.0000.397.02	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	x		x			x							
70	03.0000.398.02	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną		x	x			x							
71	03.0000.399.02	Leczenie akromegalii			x			x							

72	03.0000.401.02	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi			x			x						
73	03.0000.402.02	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	x	x	x	x	x	x			x			
74	03.0000.404.02	Leczenie choroby Fabry'ego	x	x	x			x			x			
75	03.0000.405.02	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)						x	x		x			
76	03.0000.406.02	Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV	x	x	x			x						
77	03.0000.407.02	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną			x			x						
78	03.0000.408.02	Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy	x	x	x			x						
79	03.0000.409.02	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	x	x	x			x			x			
80	03.0000.410.02	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym		x	x			x			x			
81	03.0000.411.02	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania	x	x	x			x			x			
82	03.0000.412.02	Leczenie chorych na mukowiscydozę	x	x	x			x						
83	03.0000.413.02	Leczenie pacjentów z chorobami nerek						x						
84	03.0000.414.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową	x	x	x			x						
85	03.0000.415.02	Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej	x		x			x						
86	03.0000.417.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem	x		x			x						
87	03.0000.418.02	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga			x			x						
88	03.0000.419.02	Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy	x		x			x						
89	03.0000.421.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona			x			x			x			
90	03.0000.422.02	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczyńioruchowego o ciężkim przebiegu	x	x	x			x			x			
91	03.0000.423.02	Leczenie pacjentów z						x			x			

		chorobą Wilsona													
92	03.0000.424.02	Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry			x			x							
93	03.0000.425.02	Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry	x		x			x			x				
94	03.0000.426.02	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek						x							
95	03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną	x		x			x							
96	03.0000.428.02	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat	x	x	x			x			x				
97	03.0000.429.02	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1	x	x	x			x			x				
98	03.0000.430.02	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny	x	x	x			x			x				
99	03.0000.431.02	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana	x		x			x							
10 0	03.0000.432.02	Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	x	x	x			x							
10 1	03.0000.433.02	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą			x			x						x	
10 2	03.0000.434.02	Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu	x		x			x							
10 3	03.0000.435.02	Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc			x			x		x	x				
10 4	03.0000.436.02	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)	x	x				x							
10 5	03.0000.437.02	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki	x					x			x				
10 6	03.0000.438.02	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	x	x	x			x			x				

10 7	03.0000.439.02	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków	x		x			x							x
10 8	03.0000.440.02	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego	x	x	X			x			x				
10 9	03.0000.441.02	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym	x		x			x							
11 0	03.0000.442.02	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji	x		x			x							
11 1	03.0000.443.02	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową	x	x	x			x			x				
11 2	03.0000.444.02	Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)	x	x	x			x			x				
11 3	03.0000.445.02	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)	x		x			x							
11 4	03.0000.446.02	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma	x		x			x							
11 5	03.0000.447.02	Leczenie chorych na depresję lekooporną						x							
11 6	03.0000.448.02	Leczenie chorych na raka endometrium	x		x			x							
11 7	03.0000.449.02	Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi	x	x	x			x							
11 8	03.0000.450.02	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE)	x		x			x		x	x				
11 9	03.0000.451.02	Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)		x	x			x			x				
12 0	03.0000.452.02	Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)						x							
12 1	03.0000.453.02	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego			x			x							
12 2	03.0000.454.02	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet			x			x							
12 3	03.0000.455.02	Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu I (NF1)	x	x	x			x			x				
12 4	03.0000.456.02	Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami			x			x							

		nosa													
12 5	03.0000.457.02	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii	x		x			x							
12 6	03.0000.458.02	Leczenie chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B	x	x	x			x			x				
12 7	03.0000.459.02	Leczenie chorych na raka szyjki macicy	x		x			x							
12 8	03.0000.460.02	Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej	x		x			x							
12 9	03.0000.461.02	Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)			x			x							
13 0	03.0000.462.02	Leczenie pacjentów z kardiomiopatią	x		x			x			x				
13 1	03.0000.463.02	Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka	x		x			x			x				
13 2	03.0000.464.02	Leczenie pacjentów z immunologiczną zakrzepową płamicą małopłytkową	x	x	x			x							
13 3	03.0000.465.02	Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)	x	x	x			x			x				
13 4	03.0000.466.02	Leczenie pacjentów z achondroplazją	x	x	x			x			x				
13 5	03.0000.467.02	Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65	x	x	x			x			x				
13 6	03.0000.468.02	Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV)	x		x			x							
13 7	03.0000.469.02	Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)	x		x			x			x				
13 8	03.0000.470.02	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	x		x			x			x				
13 9	03.0000.471.02	Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA	x		x			x							
Uwagi			- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- rozliczane raz na 3 miesiące (- 14 dni) u pacjentów, u których po kompleksowej ocenie stanu zdrowia możliwe jest wyznaczenie kolejnego terminu wizyty za 3 m-ce;	- nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e; - w przypadku realizacji zakresu o kodzie 03.0000.312.02 oraz 03.0000.365.02 dotyczy tylko	- można łączyć ze świadczeniami z <i>Katalogu leków refundowanych w programach lekowych</i> w zakresie koncentratów czynników krzepnięcia/	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e; produkt możliwy do rozliczenia jedynie w przypadku zastosowania i wykazania do	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e

								<div>- w okresie 3 miesięcy (-14 dni) od daty sprawozdania świadczenia o kodzie 5.08.07.000002 6 nie dopuszcza się możliwości rozliczenia świadczenia o kodzie 5.08.07.000000 1, 5.08.07.000000 2, 5.08.07.000000 3, 5.08.07.000000 4; - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e</div>	<div>kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucel m albo aksykabtagenem cytoleucelu albo breksukabtagene m autoleucelu przez zespół koordynacyjny</div>	<div>leku - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e</div>	<div>rozliczenia procedury zgodnie ze słownikiem ICD9: 89.394, 89.395 i/lub 88.793</div>		
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--



Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 29/2025/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 24 kwietnia 2025 r.

**Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych**

<b>Lp.</b>	<b>Kod zakresu świadczeń</b>	<b>Kod świadczenia</b>	<b>Nazwa świadczenia</b>	<b>Ryczałt roczny (punkty)</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	03.0000.301.02	5.08.08.00000001	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B lamiwudyną	2 595,84
2	03.0000.301.02	5.08.08.00000002	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B interferonem alfa pegylowanym	3 731,52
3	03.0000.301.02	5.08.08.00000004	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B entekawirem lub tenofowirem	2 433,60
4	03.0000.305.02	5.08.08.00000009	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem, kabozantynib)	3 706,00
5	03.0000.306.02	5.08.08.00000011	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	3 927,00
6	03.0000.308.02	5.08.08.00000068	Diagnostyka w programie leczenia chorych na mięsaki tkanek miękkich (pazopanib)	2 102,63
7	03.0000.309.02	5.08.08.00000014	Diagnostyka w programie leczenia przerzutowego HER2+ raka piersi	3 273,00
8	03.0000.309.02	5.08.08.00000015	Diagnostyka w programie leczenia neoadjuwantowego lub adjuwantowego HER2+ raka piersi	3 210,60

9	03.0000.310.02	5.08.08.0000016	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem nerki	3 199,00
10	03.0000.314.02	5.08.08.0000020	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę szpikową	7 008,96
11	03.0000.315.02	5.08.08.0000021	Diagnostyka w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B – lokalne centra leczenia hemofilii	3 244,80
12	03.0000.315.02	5.08.08.0000022	Diagnostyka w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B – regionalne centra leczenia hemofilii	5 408,00
13	03.0000.317.02	5.08.08.0000024	Diagnostyka w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	2 633,70
14	03.0000.318.02	5.08.08.0000025	Diagnostyka w programie leczenia przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego	2 271,36
15	03.0000.319.02	5.08.08.0000026	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki – 1 rok terapii	1 654,00
16	03.0000.319.02	5.08.08.0000175	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki - 2 i kolejny rok terapii	658,00
17	03.0000.320.02	5.08.08.0000027	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	1 081,60
18	03.0000.321.02	5.08.08.0000028	Diagnostyka w programie leczenia ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	3 352,96
19	03.0000.322.02	5.08.08.0000029	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Pompego	1 973,92
20	03.0000.323.02	5.08.08.0000030	Diagnostyka w programie leczenia choroby Gauchera typu I oraz typu III	1 460,16
21	03.0000.324.02	5.08.08.0000031	Diagnostyka w programie leczenia choroby Hurlera	1 297,92

22	03.0000.325.02	5.08.08.0000032	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z mukopolisacharydozą typu II	2 487,68
23	03.0000.327.02	5.08.08.0000034	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	711,15
24	03.0000.328.02	5.08.08.0000035	Diagnostyka w programie leczenia dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	324,48
25	03.0000.329.02	5.08.08.0000036	Diagnostyka w programie leczenia chorych na stwardnienie rozsiane	1 671,00
26	03.0000.331.02	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	5 840,64
27	03.0000.332.02	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	2 920,32
28	03.0000.333.02	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	778,75
29	03.0000.335.02	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	778,75
30	03.0000.336.02	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	778,75
31	03.0000.337.02	5.08.08.0000046	Diagnostyka w programie leczenia niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek	324,48
32	03.0000.338.02	5.08.08.0000047	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN) hormonem wzrostu	1 784,64
33	03.0000.341.02	5.08.08.0000048	Diagnostyka w programie leczenia zespołu Prader – Willi	1 135,68
34	03.0000.342.02	5.08.08.0000049	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z zespołem Turnera	663,05

35	03.0000.344.02	5.08.08.0000051	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią astmy	984,80
36	03.0000.347.02	5.08.08.0000054	Diagnostyka w programie leczenia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	778,75
37	03.0000.354.02	5.08.08.0000061	Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego – 1 rok terapii	2 790,00
38	03.0000.354.02	5.08.08.0000195	Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego – 2 i kolejny rok terapii	768,00
39	03.0000.355.02	5.08.08.0000062	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) – 1 rok terapii	1 882,26
40	03.0000.355.02	5.08.08.0000200	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) – 2 i kolejny rok terapii	1 095,26
41	03.0000.356.02	5.08.08.0000063	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka gruczołu krokowego	2 758,08
42	03.0000.359.02	5.08.08.0000088	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem – 1 rok terapii	6 289,00
43	03.0000.359.02	5.08.08.0000241	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem – 2 i kolejny rok terapii	4 715,40
44	03.0000.359.02	5.08.08.0000139	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych terapią skojarzoną wemurafenibem z kobimetynibem albo dabrafenibem z trametynibem albo enkorafenibem z binimetynibem – 1 rok terapii	6 682,00
45	03.0000.359.02	5.08.08.0000242	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych terapią skojarzoną wemurafenibem z kobimetynibem albo dabrafenibem z trametynibem albo enkorafenibem z binimetynibem – 2 i kolejny rok terapii	5 177,40
46	03.0000.362.02	5.08.08.0000070	Diagnostyka w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych	2 633,70

47	03.0000.364.02	5.08.08.0000072	Diagnostyka w programie leczenia hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)	3 169,09
48	03.0000.365.02	5.08.08.0000073	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (ponatynib, blinatumomab, inotuzumab ozogamycyny)	9 196,80
49	03.0000.366.02	5.08.08.0000074	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe	1 674,80
50	03.0000.366.02	5.08.08.0000196	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL)	4 121,25
51	03.0000.367.02	5.08.08.0000075	Diagnostyka w programie leczenia immunoglobulinami chorób neurologicznych	1 406,08
52	03.0000.371.02	5.08.08.0000079	Diagnostyka w programie leczenia terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	1 514,24
53	03.0000.374.02	5.08.08.0000082	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	5 137,60
54	03.0000.376.02	5.08.08.0000084	Diagnostyka w programie leczenia tyrozyinemii typu 1 (HT-1)	4 542,72
55	03.0000.377.02	5.08.08.0000085	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina brentuksymabem	4 478,85
56	03.0000.382.02	5.08.08.0000092	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (certolizumab, etanercept, iksekizumab, sekukinumab, bimekizumab) – 1 rok terapii	1 060,00
57	03.0000.382.02	5.08.08.0000243	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (certolizumab, etanercept, iksekizumab, sekukinumab, bimekizumab) – 2 i kolejny rok terapii	150,00
58	03.0000.382.02	5.08.08.0000244	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (upadacytynib) – 1 rok terapii	1 254,00
59	03.0000.382.02	5.08.08.0000245	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (upadacytynib) – 2 i kolejny rok terapii	344,00

60	03.0000.385.02	5.08.08.0000094	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów gruczolakorakiem trzustki paklitakselem z albuminą	5 314,00
61	03.0000.386.02	5.08.08.0000095	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	1 375,80
62	03.0000.387.02	5.08.08.0000096	Diagnostyka w programie leczenia idiopatycznego włóknienia płuc	1 676,48
63	03.0000.388.02	5.08.08.0000097	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na raka podstawnkomórkowego skóry	2 354,64
64	03.0000.389.02	5.08.08.0000098	Diagnostyka w programie leczenia ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)	2 704,00
65	03.0000.390.02	5.08.08.0000099	Diagnostyka w programie leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona – 1 rok leczenia	1 066,40
66	03.0000.390.02	5.08.08.0000201	Diagnostyka w programie leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona - 2 i kolejny rok terapii	307,00
67	03.0000.312.02	5.08.08.0000102	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (polatuzumab, tafasytamab, ibrutynib, epkorytamab, glofitamab, zanubrutynib, lonkastuksymab) – 1 rok leczenia	2 728,50
68	03.0000.395.02	5.08.08.0000104	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) – 1 rok terapii - ekulizumab	6 021,33
69	03.0000.395.02	5.08.08.0000105	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) - 2 i kolejny rok terapii - ekulizumab	1 997,33
70	03.0000.395.02	5.08.08.0000212	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) – 1 rok terapii - rawulizumab	4 516,33
71	03.0000.395.02	5.08.08.0000213	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) – 2 rok terapii - rawulizumab	1 290,00
72	03.0000.396.02	5.08.08.0000106	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – ekulizumab	4 083,00

73	03.0000.396.02	5.08.08.0000214	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 1 rok terapii - rawulizumab	4 083,00
74	03.0000.396.02	5.08.08.0000215	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok terapii - rawulizumab	1 661,00
75	03.0000.397.02	5.08.08.0000107	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 718,00
76	03.0000.398.02	5.08.08.0000108	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 395,00
77	03.0000.399.02	5.08.08.0000109	Diagnostyka w programie leczenia akromegalii	2 388,00
78	03.0000.377.02	5.08.08.0000110	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 1 rok terapii	3 705,85
79	03.0000.377.02	5.08.08.0000197	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 2 i kolejny rok terapii	1 502,40
80	03.0000.304.02	5.08.08.0000114	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jelita grubego	3 579,50
81	03.0000.312.02	5.08.08.0000115	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab, mosunetuzumab) – 1 rok terapii	3 197,63
82	03.0000.312.02	5.08.08.0000116	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab, mosunetuzumab, tafasytamab, ibrutynib, epkorytamab, glofitamab, zanubrutynib, lonkastuksymab) – 2 i kolejny rok terapii	1 112,64
83	03.0000.350.02	5.08.08.0000117	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 1 rok terapii	4 282,40
84	03.0000.350.02	5.08.08.0000118	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 2 i kolejne lata terapii	2 748,40
85	03.0000.381.02	5.08.08.0000121	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) – 1 rok terapii	870,50

86	03.0000.381.02	5.08.08.0000122	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) – 2 i kolejny rok terapii	266,00
87	03.0000.401.02	5.08.08.0000124	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi alirokumabem, ewolokumabem lub inklisiranem	100,00
88	03.0000.401.02	5.08.08.0000246	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi ewolokumabem – 1 rok terapii	225,00
89	03.0000.401.02	5.08.08.0000247	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi ewolokumabem – 2 i kolejny rok terapii	150,00
90	03.0000.401.02	5.08.08.0000216	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zaburzeniami lipidowymi lomitapidem – 1 rok terapii	1 043,00
91	03.0000.401.02	5.08.08.0000217	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zaburzeniami lipidowymi lomitapidem – 2 i kolejny rok terapii	358,00
92	03.0000.402.02	5.08.08.0000125	Diagnostyka w programie leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 1 rok terapii	1 200,00
93	03.0000.402.02	5.08.08.0000126	Diagnostyka w programie leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 2 i kolejny rok terapii	600,00
94	03.0000.379.02	5.08.08.0000127	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 1 rok terapii	4 016,40
95	03.0000.379.02	5.08.08.0000128	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 2 i kolejny rok terapii	3 407,40
96	03.0000.404.02	5.08.08.0000129	Diagnostyka w programie leczenia choroby Fabry’ego	2 493,00
97	03.0000.405.02	5.08.08.0000130	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) adalimumabem	2 574,00
98	03.0000.405.02	5.08.08.0000218	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) deksametazonem – 1 rok terapii	854,00



99	03.0000.405.02	5.08.08.0000219	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) deksametazonem – 2 rok terapii	427,00
100	03.0000.309.02	5.08.08.0000131	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem palbocyklibu lub rybocyklibu lub abemacyklibu lub alpelisybu lub talazoparybu lub tukatynibu lub pembrolizumabu lub olaparybu w przypadku przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi	3 218,00
101	03.0000.352.02	5.08.08.0000133	Diagnostyka w programie leczenia chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi niwolumabem lub pembrolizumabem	2 956,00
102	03.0000.406.02	5.08.08.0000134	Diagnostyka w programie profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV	1 120,00
103	03.0000.407.02	5.08.08.0000135	Diagnostyka w programie leczenia chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną	375,00
104	03.0000.408.02	5.08.08.0000136	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy wandetanibem – 1 rok terapii	3 907,00
105	03.0000.408.02	5.08.08.0000220	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy wandetanibem – 2 i kolejny rok terapii	2 914,00
106	03.0000.408.02	5.08.08.0000221	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy selperkatynibem – 1 rok terapii	2 620,50
107	03.0000.408.02	5.08.08.0000222	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy selperkatynibem – 2 i kolejny rok terapii	2 082,00
108	03.0000.409.02	5.08.08.0000138	Diagnostyka w programie leczenia uzupełniającego L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	492,00
109	03.0000.410.02	5.08.08.0000140	Diagnostyka w programie leczenia dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym	9 781,00
110	03.0000.411.02	5.08.08.0000141	Diagnostyka w programie leczenia ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania – 1 rok terapii	963,00

111	03.0000.411.02	5.08.08.0000142	Diagnostyka w programie leczenia ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania – 2 i kolejny rok terapii	337,50
112	03.0000.412.02	5.08.08.0000143	Diagnostyka w programie leczenia chorych na mukowiscydozę - 1 rok terapii	918,00
113	03.0000.412.02	5.08.08.0000248	Diagnostyka w programie leczenia chorych na mukowiscydozę - 2 i kolejny rok terapii	252,00
114	03.0000.413.02	5.08.08.0000144	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami nerek	975,00
115	03.0000.414.02	5.08.08.0000145	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (midostauryna, gemtuzumab ozogamycyny, wenetoklaks, gliterytynib, iwosydenib)	3 375,51
116	03.0000.415.02	5.08.08.0000146	Diagnostyka w programie leczenia agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej – 1 rok terapii	3 331,51
117	03.0000.415.02	5.08.08.0000147	Diagnostyka w programie leczenia agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej – 2 i kolejny rok terapii	1 410,00
118	03.0000.417.02	5.08.08.0000149	Diagnostyka w programie leczenia raka z komórek Merkla awelumabem	2 049,05
119	03.0000.418.02	5.08.08.0000150	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Cushinga – 1 rok terapii	2 981,00
120	03.0000.418.02	5.08.08.0000151	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Cushinga – 2 i kolejny rok terapii	1 595,50
121	03.0000.370.02	5.08.08.0000154	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - AMD – kwalifikacja <sup>1</sup>	409,00
122	03.0000.370.02	5.08.08.0000155	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - AMD – monitorowanie <sup>1</sup>	205,00
123	03.0000.370.02	5.08.08.0000156	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - DME – kwalifikacja <sup>1</sup>	409,00

124	03.0000.370.02	5.08.08.0000157	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - DME – monitorowanie <sup>1</sup>	249,00
125	03.0000.361.02	5.08.08.0000069	Diagnostyka w programie leczenia chorych na cystynozę nefropatyczną	4 056,00
126	03.0000.422.02	5.08.08.0000158	Diagnostyka w programie leczenia zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	375,00
127	03.0000.423.02	5.08.08.0000159	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 1 rok terapii	1 572,50
128	03.0000.423.02	5.08.08.0000160	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 2 i kolejny rok terapii	568,50
129	03.0000.365.02	5.08.08.0000161	Diagnostyka w programie lekowym leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną – monitorowanie terapii tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu	4 780,00
130	03.0000.421.02	5.08.08.0000162	Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 1 rok terapii	1 552,80
131	03.0000.421.02	5.08.08.0000163	Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 2 i kolejny rok terapii	266,00
132	03.0000.424.02	5.08.08.0000164	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atopowym zapaleniem skóry	358,00
133	03.0000.425.02	5.08.08.0000165	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry	1 622,00
134	03.0000.426.02	5.08.08.0000166	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek	974,60
135	03.0000.427.02	5.08.08.0000167	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 1 rok terapii	7 548,53
136	03.0000.427.02	5.08.08.0000168	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 2 i kolejny rok terapii	3 124,51

137	03.0000.428.02	5.08.08.0000169	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat – 1 rok terapii	1 053,40
138	03.0000.428.02	5.08.08.0000170	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat – 2 i kolejny rok terapii	443,00
139	03.0000.429.02	5.08.08.0000171	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 - 1 rok terapii	1 730,02
140	03.0000.429.02	5.08.08.0000172	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 – 2 i kolejny rok terapii	532,00
141	03.0000.430.02	5.08.08.0000173	Diagnostyka w programie leczenia z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny	225,00
142	03.0000.312.02	5.08.08.0000174	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cytoleucelu albo tisagenlecleucelem albo breksukabtagenem autoleucelu – monitorowanie terapii	4 780,00
143	03.0000.431.02	5.08.08.0000176	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana – 1 rok terapii	3 462,00
144	03.0000.431.02	5.08.08.0000177	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana – 2 i kolejny rok terapii	1 262,00
145	03.0000.432.02	5.08.08.0000178	Diagnostyka w programie zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	1 204,00
146	03.0000.434.02	5.08.08.0000179	Diagnostyka w programie zapobiegania powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu - 1 rok terapii	583,70
147	03.0000.434.02	5.08.08.0000180	Diagnostyka w programie zapobiegania powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu - 2 i kolejny rok terapii	132,00
148	03.0000.435.02	5.08.08.0000181	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc – 1 rok terapii	1 458,00

149	03.0000.435.02	5.08.08.0000182	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc – 2 i kolejny rok terapii	831,00
150	03.0000.437.02	5.08.08.0000183	Diagnostyka i monitorowanie pacjenta po transplantacji nerki w programie odczulania wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki	50 000,00
151	03.0000.309.02	5.08.08.0000184	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem sacytuzumabu gowitekanu	4 845,00
152	03.0000.358.02	5.08.08.0000185	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego gruczolakoraka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego ramucyrumabem lub triflurydyną z typiracylem	3 878,00
153	03.0000.358.02	5.08.08.0000186	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego pembrolizumabem	4 140,00
154	03.0000.358.02	5.08.08.0000223	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka niwolumabem	4 140,00
155	03.0000.385.02	5.08.08.0000187	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów gruczolakorakiem trzustki olaparybem	2 650,20
156	03.0000.438.02	5.08.08.0000188	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD) – 1 rok terapii	2 331,70
157	03.0000.438.02	5.08.08.0000189	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD) – 2 i kolejny rok terapii	934,50
158	03.0000.439.02	5.08.08.0000190	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków – cały cykl terapii (dotyczy 4 infuzji)	7 695,86
159	03.0000.440.02	5.08.08.0000191	Diagnostyka w programie leczenia wspomagającego zaburzeń cyku moczniowego – 1 rok terapii	1 502,02
160	03.0000.440.02	5.08.08.0000192	Diagnostyka w programie leczenia wspomagającego zaburzeń cyklu moczniowego – 2 i kolejny rok terapii	354,00
161	03.0000.441.02	5.08.08.0000193	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 1 rok terapii	2 045,95

162	03.0000.441.02	5.08.08.0000194	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 2 i kolejny rok terapii	1 434,80
163	03.0000.442.02	5.08.08.0000198	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji – 1 rok terapii	1 492,02
164	03.0000.442.02	5.08.08.0000199	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji – 2 i kolejny rok terapii	352,00
165	03.0000.443.02	5.08.08.0000202	Diagnostyka w programie leczenia kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową	1 649,50
166	03.0000.444.02	5.08.08.0000203	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) – 1 rok leczenia	4 844,00
167	03.0000.444.02	5.08.08.0000204	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) – 2 i kolejny rok terapii	2 832,00
168	03.0000.414.02	5.08.08.0000205	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (azacytydyna) – 1 rok terapii	897,00
169	03.0000.414.02	5.08.08.0000206	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (azacytydyna) – 2 i kolejny rok terapii	484,00
170	03.0000.445.02	5.08.08.0000207	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) - 1 rok terapii	3 160,60
171	03.0000.445.02	5.08.08.0000208	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) – 2 rok terapii	999,00
172	03.0000.446.02	5.08.08.0000209	Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma - 1 rok terapii	3 184,30
173	03.0000.446.02	5.08.08.0000210	Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma – 2 i kolejny rok terapii	2 107,20
174	03.0000.447.02	5.08.08.0000211	Diagnostyka w programie leczenia chorych na depresję lekooporną	177,00

175	03.0000.449.02	5.08.08.0000224	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi	1 087,00
176	03.0000.448.02	5.08.08.0000225	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka endometrium – 1 rok terapii	3 302,80
177	03.0000.448.02	5.08.08.0000226	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka endometrium – 2 i kolejny rok terapii	1 622,40
178	03.0000.450.02	5.08.08.0000227	Diagnostyka w programie leczenia chorych z toczeniem rumieniowatym układowym – 1 rok terapii	2 030,00
179	03.0000.450.02	5.08.08.0000228	Diagnostyka w programie leczenia chorych z toczeniem rumieniowatym układowym – 2 i kolejny rok terapii	566,00
180	03.0000.309.02	5.08.08.0000229	Diagnostyka w leczeniu uzupełniającym wczesnego raka piersi olaparybem	1 541,00
181	03.0000.309.02	5.08.08.0000230	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem trastuzumabu derukstekanu	4 181,00
182	03.0000.451.02	5.08.08.0000231	Diagnostyka w programie leczenia chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH) – 1 rok terapii	825,00
183	03.0000.451.02	5.08.08.0000232	Diagnostyka w programie leczenia chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH) – 2 i kolejny rok terapii	375,00
184	03.0000.419.02	5.08.08.0000233	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 1-3 rok terapii (kabozatynib)	4 833,50
185	03.0000.419.02	5.08.08.0000234	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 4 i kolejny rok terapii (kabozatynib)	2 173,00
186	03.0000.453.02	5.08.08.0000235	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego	375,00
187	03.0000.454.02	5.08.08.0000236	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet	375,00

188	03.0000.452.02	5.08.08.0000239	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC) – 1 rok terapii	705,60
189	03.0000.452.02	5.08.08.0000240	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC) – 2 i kolejny rok terapii	540,00
190	03.0000.457.02	5.08.08.0000249	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (rytuksymab) – 1 rok terapii	2 025,00
191	03.0000.457.02	5.08.08.0000250	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (rytuksymab) – 2 i kolejny rok terapii	610,00
192	03.0000.457.02	5.08.08.0000251	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (efgartigimod alfa) – 1 rok terapii	975,00
193	03.0000.457.02	5.08.08.0000252	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (efgartigimod alfa) – 2 i kolejny rok terapii	900,00
194	03.0000.458.02	5.08.08.0000253	Diagnostyka w programie leczenia chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B – 1 rok terapii	2 825,50
195	03.0000.458.02	5.08.08.0000254	Diagnostyka w programie leczenia chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B – 2 i kolejny rok terapii	2 125,00
196	03.0000.459.02	5.08.08.0000255	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka szyjki macicy – 1 rok terapii	3 928,00
197	03.0000.459.02	5.08.08.0000256	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka szyjki macicy – 2 i kolejny rok terapii	3 199,00
198	03.0000.456.02	5.08.08.0000257	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa - 1 rok terapii	888,00
199	03.0000.456.02	5.08.08.0000258	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa - 2 i kolejny rok terapii	225,00
200	03.0000.460.02	5.08.08.0000259	Diagnostyka w programie leczenia pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej (romosozumab)	408,00



201	03.0000.461.02	5.08.08.0000260	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS) – 1 rok terapii	433,00
202	03.0000.461.02	5.08.08.0000261	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS) – 2 i kolejny rok terapii	150,00
203	03.0000.462.02	5.08.08.0000262	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis) – 1 rok terapii	1 664,00
204	03.0000.462.02	5.08.08.0000263	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis) – 2 i kolejny rok terapii	1 119,05
205	03.0000.462.02	5.08.08.0000264	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (mawakamten) – 1 rok terapii	2 435,20
206	03.0000.462.02	5.08.08.0000265	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (mawakamten) – 2 i kolejny rok terapii	900,40
207	03.0000.463.02	5.08.08.0000266	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka błony naczyniowej oka – 1 rok terapii	8 877,20
208	03.0000.463.02	5.08.08.0000267	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka błony naczyniowej oka – 2 i kolejny rok terapii	7 230,20
209	03.0000.464.02	5.08.08.0000268	Diagnostyka w programie pacjentów z immunologiczną zakrzepową plamicą małopłytkową	3 300,80
210	03.0000.465.02	5.08.08.0000269	Diagnostyka w programie leczenia chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP) - 1 rok terapii	1 691,40
211	03.0000.465.02	5.08.08.0000270	Diagnostyka w programie leczenia chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP) – 2 i kolejny rok terapii	753,50
212	03.0000.305.02	5.08.08.0000271	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (durwalumab) - 1 rok terapii	3 265,60
213	03.0000.305.02	5.08.08.0000272	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (durwalumab) - 2 i kolejny rok terapii	1 852,00

214	03.0000.375.02	5.08.08.0000273	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (rytuksymab)	786,60
215	03.0000.375.02	5.08.08.0000274	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (rytuksymab)	456,00
216	03.0000.375.02	5.08.08.0000275	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (tocilizumab)	383,60
217	03.0000.375.02	5.08.08.0000276	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (tocilizumab)	150,00
218	03.0000.466.02	5.08.08.0000277	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z achondroplazją - 1 rok terapii	1 321,35
219	03.0000.466.02	5.08.08.0000278	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z achondroplazją - 2 i kolejny rok terapii	871,35
220	03.0000.457.02	5.08.08.0000279	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (rawulizumab) – 1 rok terapii	600,00
221	03.0000.457.02	5.08.08.0000280	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (rawulizumab) – 2 i kolejny rok terapii	450,00
222	03.0000.467.02	5.08.08.0000281	Diagnostyka w programie leczenia chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65	1 164,00
223	03.0000.373.02	5.08.08.0000282	Diagnostyka leczenia pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (toksyna botulinowa) - 1 rok terapii	768,00
224	03.0000.373.02	5.08.08.0000283	Diagnostyka leczenia pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (toksyna botulinowa) - 2 i kolejny rok terapii	452,00
225	03.0000.373.02	5.08.08.0000284	Diagnostyka leczenia pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (chlorowodorek oksybutyniny) - 1 rok terapii	452,00
226	03.0000.373.02	5.08.08.0000285	Diagnostyka leczenia pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (chlorowodorek oksybutyniny) - 2 i kolejny rok terapii	226,00

227	03.0000.309.02	5.08.08.0000286	Diagnostyka w programie leczenia chorych na wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi abemacyklibem - 1 rok terapii	1 271,40
228	03.0000.309.02	5.08.08.0000287	Diagnostyka w programie leczenia chorych na wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi abemacyklibem - 2 rok terapii	583,00
229	03.0000.359.02	5.08.08.0000288	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem w terapii uzupełniającej po resekcji czerniaka w stadium IIB/IIC	3 818,20
230	03.0000.370.02	5.08.08.0000289	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - RVO – kwalifikacja <sup>1</sup>	409,00
231	03.0000.370.02	5.08.08.0000290	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - RVO – monitorowanie <sup>1</sup>	249,00
232	03.0000.375.02	5.08.08.0000291	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (mepolizumab)	801,00
233	03.0000.375.02	5.08.08.0000292	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (mepolizumab)	774,40
234	03.0000.455.02	5.08.08.0000293	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1) - 1 rok terapii	1 434,00
235	03.0000.455.02	5.08.08.0000294	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1) - 2 i kolejny rok terapii	1 284,00
236	03.0000.468.02	5.08.08.0000295	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV)	1 932,00
237	03.0000.469.02	5.08.08.0000296	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zespołem hipereozynofilowym [HES] - 1 rok terapii	1 762,60
238	03.0000.469.02	5.08.08.0000297	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zespołem hipereozynofilowym [HES] - 2 i kolejny rok terapii	797,80
239	03.0000.470.02	5.08.08.0000298	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	1 141,80

240	03.0000.471.02	5.08.08.0000299	Diagnostyka leczenia pacjentów z pierwotną nefropatią IgA	1 079,00
241	03.0000.396.02	5.08.08.0000300	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 1 rok terapii - pegcetakoplan	4 083,00
242	03.0000.396.02	5.08.08.0000301	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok terapii - pegcetakoplan	3 011,00

<sup>1</sup> Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 24 ust. 5 zarządzenia

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 29/2025/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 24 kwietnia 2025 r.

### Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych

zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych

Lp	Kod substancji czynnej	Substancja czynna	Droga podania	Wielkość	Jednostka	Waga punktowa jednostki leku [pkt.] [1 pkt = 1 PLN]	Kod GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Nazwa, postać i dawka leku
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	5.08.09.0000001	Adalimumabum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	08715131019761	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg
							08715131019808	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg
							07613421020880	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg
							07613421020897	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg
							04052682034213	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg
							04052682034220	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg
							05996537014243	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg, 1 wstrzykiwacz 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem
							05996537014250	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg, 2

								wstrzykiwacze 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem
							05996537016087	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 80 mg, 1 wstrzykiwacz 0,8 ml + 2 gaziki nasączone alkoholem
2	5.08.09.0000003	Alglucosidasum alfa	inj.	1	mg	1	05909990623853	Myozyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 0,05 g
3	5.08.09.0000005	Betainum anhydricum	p.o.	1	mg	1	03663502000441	Cystadane, proszek doustny, 1 g
4	5.08.09.0000006	Bevacizumabum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	08715131021863	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							08436596260030	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05397315000067	Abevmi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05909991451332	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05996537008044	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
5	5.08.09.0000008	Bosentanum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909991102869	Bopaho, tabl. powł., 125 mg
							05907626708004	Bosentan Sandoz GmbH, tabletki powlekane, 125 mg
							05909991488529	Bosentan Ranbaxy, tabl. powł., 125 mg
6	5.08.09.0000011	Cinacalcetum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909991417192	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 30 mg
							05909991417253	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 60 mg
							05909991417314	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 90 mg
							05055565762707	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 30 mg
							05055565762714	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 60 mg

							05055565762721	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 90 mg
7	5.08.09.0000012	Darbepoetinum alfa	inj.	1	mcg	1	05909990738779	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml
							05909990738793	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,3 ml
							05909990738847	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 40 µg/0,4 ml
							05909990738861	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/0,5 ml
							05909990738885	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 60 µg/0,3 ml
8	5.08.09.0000015	Entekavirum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05055565742532	Entecavir Accord, tabletki powlekane, 0,5 mg
							05055565742549	Entecavir Accord, tabletki powlekane, 1 mg
							05906414003123	Entekavir Adamed , tabletki powlekane, 0,5 mg
							05906414003130	Entekavir Adamed , tabletki powlekane, 1 mg
							05909991369576	Entecavir Zentiva, tabletki powlekane, 0,5 mg
							05909991369590	Entecavir Zentiva, tabletki powlekane, 1 mg
							05909991363734	Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 0,5 mg
							05909991363826	Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 1 mg
9	5.08.09.0000016	Epoetinum alfa	inj.	1000	j.m.	1	05909990072378	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml
							05909990072392	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml
							05909990072439	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml
							05909990072453	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml
10	5.08.09.0000018	Etanerceptum	inj.	1	mg	1	09002260025770	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25

								mg, 4 amp.-strzyk. 0,5 ml
							09002260025794	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg, 4 amp.-strzyk.
							09002260025787	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg, 4 wstrzykiwacze 1 ml
11	5.08.09.0000020	Factor IX coagulationis humanus	inj.	1	j.m.	1	05909990643110	Immunine 600 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m.
							05909990645220	Immunine 1200 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m.
							05909990799367	Octanine F 500 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990799374	Octanine F 1000 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
12	5.08.09.0000021	Factor IX coagulationis humanus recombinante	inj.	1	j.m.	1	05909990057184	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909990057191	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990057207	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909990057221	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							07350031441673	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU
							07350031441680	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU



							07350031441659	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU
							07350031441697	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU
							07350031441666	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU
							05909991326180	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909991326197	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909991326166	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909991326173	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
13	5.08.09.0000022	Factor VIII coagulationis humanus	inj.	1	j.m.	1	05909990573554	Immunate 250 IU FVIII/190 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./fiol.
							05909990573561	Immunate 500 IU FVIII/375 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./fiol.
							05909990573615	Immunate 1000 IU FVIII/750 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./fiol.
							05909990825301	Octanate 250 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.

							05909990825332	Octanate 500 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990825349	Octanate 1 000 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909991213695	Beriate 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1000 j.m.
							05909991213688	Beriate 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.
14	5.08.09.0000023	Factor VIII coagulationis humanus recombinat	inj.	1	j.m.	1	05909990224302	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909990224340	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909990224357	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.
							05909990224333	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990697441	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909990697458	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.
							05909991246457	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU
							05909991246464	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU

							05909991246488	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU
							05909991246495	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU
							05909991246501	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU
							05909991246518	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU
							05909990819515	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. (250 j.m./ml)
							05909990010554	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. (500 j.m./ml)
							05909990819317	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. (62,5 j.m./ml)
							05909990819416	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. (125 j.m./ml)
							00642621067125	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							00642621067132	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							00642621067101	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							00642621067118	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
15	5.08.09.0000026	Glatirameri acetat	inj.	1	mg	1	05909990017065	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań,

								20 mg/ml
							05909991216382	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml; 12 amp.-strz.po 1 ml
16	5.08.09.0000028	Idursulfasum	inj.	1	mg	1	05909990053742	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml
17	5.08.09.0000029	Iloprostum	inh.	1	mcg	1	05909990609079	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml
							05908229300633	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml
18	5.08.09.0000031	Imiglucerasum	inj.	1	j.m.	1	05909990943012	Cerezyme, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 400 j.m.
19	5.08.09.0000032	Immunoglobulinum humanum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	05909990425143	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990425150	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990425167	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990425174	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990425181	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990782208	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990725786	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990725793	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990725809	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990725823	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990797868	FLEBOGAMMA DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml
							05909990797875	FLEBOGAMMA DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml
							05909991078676	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
20	5.08.09.0000033	Infliximabum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	05909991086305	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg

							05713219492751	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							07613421020903	Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
21	5.08.09.0000038	Interferonum beta 1a a 30 mcg	inj.	1	mcg	1	05909990008148	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml
							05909991001407	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml
22	5.08.09.0000039	Interferonum beta 1a a 44 mcg	inj.	1	mcg	1	05909990728497	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml
							05909990874934	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml
23	5.08.09.0000040	Interferonum beta-1b	inj.	1	mcg	1	05909990619375	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 µg/ml
24	5.08.09.0000041	Lamivudinum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909990479610	ZEFFIX, tabl. powl., 100 mg
							05909991464127	Lamivudine Aurovitas, tabl. powl., 100 mg
25	5.08.09.0000043	Laronidasum	inj.	1	j.m.	1	05909990005673	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml
26	5.08.09.0000045	Mecaserminum	inj.	1	mg	1	05909990076024	INCRELEX, roztwór do wstrzykiwań, 0,01 g/ml
27	5.08.09.0000047	Nilotinibum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909990073535	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg
							08594739274525	Nilotinib Zentiva, kaps. twarde, 200 mg
28	5.08.09.0000048	Palivizumabum	inj.	1	mg	1	05000456067720	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml, 0,5 ml
							05000456067713	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml, 1 ml
29	5.08.09.0000050	Peginterferonum alfa-2a	inj.	1	mcg	1	05909990984718	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml
							05909990984817	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml

							05902768001013	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml
30	5.08.09.0000054	Rituximabum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	07613421032975	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
							07613421032982	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg
							05415062360507	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
							05415062360521	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg
							05909991364908	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
							05909991336349	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg
31	5.08.09.0000055	Sildenafilum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909990967780	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml
							05903060610545	Remidia, tabletki powlekane, 20 mg
							05055565731932	Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg
							05909991355715	Sildenafil Zentiva, tabletki powlekane, 20 mg
							05909991338015	Sildenafil Aurovitas, tabl. powł., 20 mg
							05909991408299	Silungo, tabl. powł., 20 mg
32	5.08.09.0000056	Somatropinum	inj.	1	mg	1	05909990050161	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)
							05909990072897	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)
							05909990887170	Genotropin 12, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 12 (36 j.m.) mg
							05909990887095	Genotropin 5,3, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5,3 (16 j.m.) mg

33	5.08.09.0000060	Tenofovirum disoproxilum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05902020926801	Tenofovir disoproxil Mylan, tabletki powlekane, 245 mg
							05909991379704	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powl., 245 mg
34	5.08.09.0000061	Tobramycinum <sup>1</sup>	inh.	1	mg	1	05909990045976	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml
							05909991308292	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml
							05909991321444	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml
35	5.08.09.0000062	Toxinum botulinicum typum A ad iniectionabile a 100	inj.	1	j.m.	1	05909990674817	Botox, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 Jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A
36	5.08.09.0000063	Toxinum botulinicum typum A ad iniectionabile a 500	inj.	1	j.m.	1	05909990729227	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.
37	5.08.09.0000090	Toxinum botulinicum typum A ad iniectionabile a 300	inj.	1	j.m.	1	05909991072094	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 300 j.
38	5.08.09.0000066	Treprostynilum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	05909990046805	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml
							05909990046850	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml
							05909990046867	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
							05909991418618	Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml
							05909991418649	Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml
							05909991418625	Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml
							05909991418632	Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
							05909990046874	Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml
39	5.08.09.0000067	Triptorelinum	inj.	1	mg	1	05909990486915	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu

								do wstrzykiwań, 3,75 mg
40	5.08.09.0000068	Omalizumabum	inj.	1	mg	1	05909990708376	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg
							05909990708406	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
41	5.08.09.0000070	Certolizumabum pegol	inj.	1	mg	1	05909990734894	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp. - strzyk., 200 mg/ml
42	5.08.09.0000071	Fingolimodum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909990856480	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg
							05909991474621	Fingolimod Aurovitas, kaps. twarde, 0,5 mg
							04251958600460	Fingolimod Reddy, kaps. twarde, 0,5 mg
							05909991461157	Fingolimod Zentiva, kaps. twarde, 0,5 mg
							03830070471786	Gaxenim, kaps. twarde, 0,5 mg
43	5.08.09.0000072	Tocilizumabum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	05909990678259	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							05909990678266	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							05909990678273	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							04052682073342	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 10 ml
							04052682073366	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 20 ml
							04052682073328	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 4 ml
44	5.08.09.0000073	Ustekinumabum <sup>1</sup>	s.c.	1	mg	1	05909997077505	Stelara, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg



							05909997077512	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 90 mg
							05413868122589	Stelara, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 90 mg
							08809593173120	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							08809593173113	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
							04011548045800	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							04011548045817	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
45	5.08.09.0000075	Pazopanibum	p.o.	1	mg	1	05909990764877	Votrient, tabl. powl., 200 mg
							05909990764884	Votrient, tabl. powl., 200 mg
							05909990764891	Votrient, tabl. powl., 400 mg
							05909990764907	Votrient, tabl. powl., 400 mg
46	5.08.09.0000076	Vemurafenibum	p.o.	1	mg	1	05909990935581	Zelboraf, tabl. powl., 240 mg
47	5.08.09.0000080	Natalizumabum	inj.	1	mg	1	05909990084333	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
48	5.08.09.0000085	Golimumabum	inj.	1	mg	1	05909990717187	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg
49	5.08.09.0000086	Ipilimumabum	inj.	1	mg	1	05909990872442	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml
							05909990872459	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml
50	5.08.09.0000087	Velaglucerasum alfa	inj.	1	j.	1	05909990816774	VPRIV, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.
51	5.08.09.0000091	Afatynibum	p.o.	1	mg	1	05909991083397	Giotrif, tabl. powl., 20 mg
							05909991083434	Giotrif, tabl. powl., 30 mg
							05909991083465	Giotrif, tabl. powl., 40 mg
52	5.08.09.0000092	Bexarotenum	p.o.	1	mg	1	05909990213504	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg

53	5.08.09.0000093	Epoprostenolum	inj.	1	mg	1	05909991089085	Velettri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg
							05909991089092	Velettri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg
54	5.08.09.0000094	Paricalcitolum	inj.	1	mcg	1	04046241091243	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml
							04046241079906	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml
55	5.08.09.0000095	Afliberceptum	inj.	1	mg	1	03837000137095	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
							04057598023047	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 114,3 mg/ml
56	5.08.09.0000096	Ranibizumabum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	05909991497316	Ximluci, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml
							04260764190058	Ranivisio, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml
							08434805000552	Rimmyrah, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml
57	5.08.09.0000100	Dabrafenibum	p.o.	1	mg	1	05909991078584	Tafinlar, kaps., 50 mg; 28 kaps.
							05909991078591	Tafinlar, kaps., 50 mg; 120 kaps.
							05909991078607	Tafinlar, kaps., 75 mg; 28 kaps
							05909991078645	Tafinlar, kaps., 75 mg; 120 kaps.
58	5.08.09.0000102	Macitentanum	p.o.	1	mg	1	07640111931133	Opsumit, tabl. powł., 10 mg; 30 tabl.
59	5.08.09.0000103	Riociguatum	p.o.	1	mg	1	05908229300305	Adempas, tabl. powł., 0,5 mg; 42 tabl.
							05908229300336	Adempas, tabl. powł., 1 mg; 42 tabl.
							05908229300367	Adempas, tabl. powł., 1,5 mg; 42 tabl.
							05908229300398	Adempas, tabl. powł., 2 mg; 42 tabl.
							05908229300428	Adempas, tabl. powł., 2,5 mg; 42 tabl.
60	5.08.09.0000104	Ledipasvirum, sofosbuvirum	p.o.	1	mg	1	05391507141217	Harvoni, tabl. powł., 90+400 mg; 28 szt.
61	5.08.09.0000105	Nitisinonum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	07350031442182	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg
							07350031442267	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg
							07350031441833	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg
							07350031442229	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg

62	5.08.09.0000107	Brentuximabum vedotinum	inj.	1	mg	1	05909991004545	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg; 1 fiol.
63	5.08.09.0000108	Dimethylis fumaras	p.o.	1	mg	1	00646520415445	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg; 14 kaps.
							00646520415452	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg; 56 kaps.
64	5.08.09.0000109	Nivolumabum	inj.	1	mg	1	05909991220501	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml; 1 fiol.po 4 ml
							05909991220518	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml; 1 fiol.po 10 ml
65	5.08.09.0000110	Obinutuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001105	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg; 1 fiol.po 40 ml
66	5.08.09.0000111	Peginterferonum beta-1a	inj.	1	mcg	1	00646520437201	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg; 2 wstrz.po 0,5 ml
							00646520442113	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg; 2 wstrz.po 0,5 ml
67	5.08.09.0000113	Pertuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001006	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg; 1 fiol.
68	5.08.09.0000115	Crizotinibum	p.o.	1	mg	1	05909991004484	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg
							05909991004507	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg
69	5.08.09.0000117	Anakinrum	inj.	1	mg	1	07350031443271	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml
70	5.08.09.0000118	Paclitaxelum albuminatum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	05909990930265	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml
							08721161238041	Apexelsin, proszek do sporządzania dyspersji do infuzji, 5 mg/ml
71	5.08.09.0000119	Pirfenidonum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	07613421107284	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 267 mg
							07613421107277	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 267 mg
							07613421107291	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 801 mg

							05909991494223	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 267 mg
							05909991494230	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 801 mg
							05909991497118	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 267 mg
							05909991497125	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 267 mg
							05909991497156	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 801 mg
							05909991494193	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 267 mg
72	5.08.09.0000120	Ruxolitinibum	p.o.	1	mg	1	05909991053758	Jakavi, tabl., 5 mg
							05909991053789	Jakavi, tabl., 15 mg
							05909991053833	Jakavi, tabl., 20 mg
							05909991198282	Jakavi, tabl., 10 mg
73	5.08.09.0000121	Vismodegibum	p.o.	1	mg	1	05902768001020	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg
74	5.08.09.0000122	Trametinibum	p.o.	1	mg	1	05909991141813	Mekinist, tabl. powl., 0,5 mg
							05909991141851	Mekinist, tabl. powl., 2 mg
75	5.08.09.0000123	Cobimetinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001136	Cotellic, tabl. powl., 20 mg
76	5.08.09.0000125	Alemtuzumabum	inj.	1	mg	1	05909991088156	Lemtrada, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg
77	5.08.09.0000126	Teriflunomidum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909991088170	Aubagio, tabl. powl., 14 mg
							07613421163334	Terebyo, tabl. powl., 14 mg
							03838989753306	Aregalu, tabl. powl., 14 mg
							05997001335277	Boxarid, tabl. powl., 14 mg
							05995327186870	Bozilos, tabl. powl., 14 mg
							05397313000182	Clefirem, tabl. powl., 14 mg
							05900411011495	Teriflunomid Adamed, tabl. powl., 14 mg
							05909991516994	Teriflunomide +pharma, tabl. powl., 14 mg
							05055565791189	Teriflunomide Accord, tabl. powl., 14 mg
							05909991527778	Teriflunomide Glenmark, tabl. powl., 14 mg

							05909991515188	Teriflunomide Zentiva, tabl. powl., 14 mg
							05909991526085	Tifay, tabl. powl., 14 mg, 28 szt.
							05909991526092	Tifay, tabl. powl., 14 mg, 84 szt.
78	5.08.09.0000127	Levodopum, carbidopum	e.	1	mg	1	05909990419135	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml
79	5.08.09.0000128	Bosutinibum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909991056841	Bosulif, tabletki powlekane, 100 mg
							05909991056865	Bosulif, tabletki powlekane, 500 mg
							05909991538491	Bosutinib Stada, tabl. powl., 100 mg
							05909991538538	Bosutinib Stada, tabl. powl., 500 mg
							08594739312159	Bosutinib Zentiva, tabl. powl., 100 mg
							08594739312142	Bosutinib Zentiva, tabl. powl., 500 mg
80	5.08.09.0000129	Ibrutinibum	p.o.	1	mg	1	05909991195137	Imbruvica, kapsułki twarde, 140 mg
							05413868117011	Imbruvica, tabl. powl., 140 mg
							05413868117028	Imbruvica, tabl. powl., 280 mg
							05413868117035	Imbruvica, tabl. powl., 420 mg
							05909991195144	Imbruvica, kaps. twarde, 140 mg
							05413868117042	Imbruvica, tabl. powl., 560 mg
81	5.08.09.0000131	Enzalutamidum	p.o.	1	mg	1	05909991415242	Xtandi, tabl. powl., 40 mg
82	5.08.09.0000132	Mepolizumabum	inj.	1	mg	1	05909991407148	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
							05909991407018	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
83	5.08.09.0000133	Osimertinibum	p.o.	1	mg	1	05000456012058	Tagrisso, tabletki powlekane, 40 mg
							05000456012065	Tagrisso, tabletki powlekane, 80 mg
84	5.08.09.0000135	Tocilizumabum <sup>1</sup>	s.c.	1	mg	1	05902768001075	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg/ml
							04052682073373	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg
							04052682073397	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg
85	5.08.09.0000136	Everolimusum	p.o.	1	mg	1	05909990900565	Votubia, tabl., 2,5 mg
							05909990900589	Votubia, tabl., 5 mg

							05909990900602	Votubia, tabl., 10 mg
86	5.08.09.0000137	Immunoglobulinum humanum subcutaneum <sup>1</sup>	s.c.	1	mg	1	05909990869541	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml
							05909990869572	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml
							05909990869657	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml
							05909991067380	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml; 1 fiol.a 50 ml
							05909991072872	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 25 ml
							05909991072889	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 50 ml
							05909991072896	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 100 ml
							05909991072902	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 200 ml
							05909991072926	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 300 ml
							05909991292898	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
							05909991292874	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
							05909991292904	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
							05909991292881	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
87	5.08.09.0000138	Afliberceptum	inj.	1	mg	1	05909991039462	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05909991039400	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
88	5.08.09.0000140	Trastuzumabum	s.c.	1	mg	1	05902768001037	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg; 1 fiol.
89	5.08.09.0000141	Eculizumabum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	05909990643776	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg

							08715131025755	Bekemv, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
90	5.08.09.0000142	Eltrombopagum	p.o.	1	mg	1	05909990748204	Revolade, tabletki powlekane, 25 mg
							05909990748235	Revolade, tabletki powlekane, 50 mg
91	5.08.09.0000143	Nintedanibum	p.o.	1	mg	1	05909991206444	Ofev, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991206468	Ofev, kapsułki miękkie, 150 mg
92	5.08.09.0000144	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	inj.	1	mg	1	05909991247904	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
93	5.08.09.0000145	Cabozantinibum	p.o.	1	mg	1	03582186003947	Cabometyx, tabletki powlekane, 20 mg
							03582186003954	Cabometyx, tabletki powlekane, 40 mg
							03582186003961	Cabometyx, tabletki powlekane, 60 mg
94	5.08.09.0000146	Pasireotidum	inj.	1	mg	1	03663502003534	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg
							03663502003527	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg
							03663502003510	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg
							03663502003503	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg
95	5.08.09.0000147	Vedolizumabum	inj.	1	mg	1	05909991138202	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg
96	5.08.09.0000148	Pembrolizumabum	inj.	1	mg	1	05901549325126	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
97	5.08.09.0000149	Nintedanibum	p.o.	1	mg	1	05909991203894	Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991203900	Vargatef, kapsułki miękkie, 150 mg
98	5.08.09.0000150	Sofosbuvirum, velpatasvirum	p.o.	1	mg	1	05391507142108	Epclusa, tabletki powlekane, 400 + 100 mg

99	5.08.09.0000151	Glecaprevirum, pibrentasvirum	p.o.	1	mg	1	08054083015927	Maviret, tabletki powlekane, 100+40 mg
100	5.08.09.0000152	Alirocumabum	s.c.	1	mg	1	05909991236618	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
							05909991441166	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
101	5.08.09.0000153	Ixekizumabum	s.c.	1	mg	1	05909991282950	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml
102	5.08.09.0000155	Sekukinumab	s.c.	1	mg	1	05909991203832	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml
							07613421040130	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg
							07613421049416	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 75 mg
103	5.08.09.0000156	Atezolizumabum	inj.	1	mg	1	05902768001167	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg/20 ml
							07613326025546	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 840 mg
							07613326061872	Tecentriq, roztwór do wstrzykiwań, 1875 mg
104	5.08.09.0000157	Nusinersenum	inj.	1	mg	1	05713219500975	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg
105	5.08.09.0000158	Venetoclaxum	p.o.	1	mg	1	08054083013688	Venclyxto, tabletki powlekane, 10 mg
							08054083013916	Venclyxto, tabletki powlekane, 100 mg
							08054083013701	Venclyxto, tabletki powlekane, 100 mg
							08054083013695	Venclyxto, tabletki powlekane, 100 mg
							08054083013718	Venclyxto, tabletki powlekane, 50 mg
106	5.08.09.0000159	Alectinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001143	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg
107	5.08.09.0000160	Blinatumomabum	inj.	1	mcg	1	05909991256371	Blinicyto, proszek do sporządzania koncentratu i roztwór do przygotowania roztworu do infuzji, 38,5 µg
108	5.08.09.0000162	Carfilzomibum	inj.	1	mg	1	05909991298463	Kyprolis, proszek do sporządzania



								roztworu do infuzji, 10 mg
							05909991298470	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg
							05909991256388	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg
109	5.08.09.0000163	Agalsidasum alfa	inj.	1	mg	1	05909990999514	Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji; 1 mg/ml; 1 fiol. 3,5 ml
110	5.08.09.0000164	Agalsidasum beta	inj.	1	mg	1	05909990013654	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg; 1 fiol.
							05909990971213	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg; 1 fiol.
111	5.08.09.0000165	Palbociclibum	p.o.	1	mg	1	05415062353684	Ibrance, tabl. powł., 100 mg
							05415062353691	Ibrance, tabl. powł., 125 mg
							05415062353677	Ibrance, tabl. powł., 75 mg
112	5.08.09.0000166	Ribociclibum	p.o.	1	mg	1	05909991336769	Kisqali, kapsułki twarde, 200 mg
113	5.08.09.0000167	Baricitinibum	p.o.	1	mg	1	03837000170825	Olumiant, tabl. powł., 4 mg
							03837000170740	Olumiant, tabl. powł., 2 mg
114	5.08.09.0000168	Tofacitinibum	p.o.	1	mg	1	05907636977100	Xeljanz, tabl. powł., 5 mg
							05415062342800	Xeljanz, tabl. powł., 10 mg
							05415062388723	Xeljanz, roztwór doustny, 1 mg/ml
115	5.08.09.0000169	Ustekinumabum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	05909991307066	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
							08809593173106	Pyzchiva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
116	5.08.09.0000170	Benralizumabum	inj.	1	mg	1	05000456031516	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg
							05000456059213	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg
117	5.08.09.0000171	Cladribinum	p.o.	1	mg	1	04054839365331	Mavenclad, tabl., 10 mg

							04054839365348	Mavenclad, tabl., 10 mg
							04054839365355	Mavenclad, tabl., 10 mg
118	5.08.09.0000172	Evolocumabum	inj.	1	mg	1	05909991224370	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg
119	5.08.09.0000173	Ocrelizumabum	inj.	1	mg	1	05902768001174	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml
120	5.08.09.0000174	Trifluridinum, tipiracilum	p.o.	1	mg	1	05901571320618	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg
							05901571320625	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg
							05901571320632	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg
							05901571320649	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg
121	5.08.09.0000175	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile a 100	inj.	1	j.	1	05909990643950	Xeomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j.
122	5.08.09.0000177	Trastuzumabum emtansinum	inj.	1	mg	1	05902768001044	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							05902768001051	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg
123	5.08.09.0000178	Eliglustatum	p.o.	1	mg	1	05909991205942	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg
124	5.08.09.0000179	L-karnityna	p.o.	1	g	1	05016533045017	L-karnityna, proszek, 1 g
125	5.08.09.0000180	Pegvisomantum	s.c.	1	mg	1	05909990006281	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg
							05909990006298	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg
							05415062315958	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 20 mg
							05415062315965	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg
126	5.08.09.0000181	Vandetanibum	p.o.	1	mg	1	05909990935437	Caprelsa, tabl. powł., 100 mg

							05909990935444	Caprelsa, tabl. powl., 300 mg
127	5.08.09.0000182	Abemaciclibum	p.o.	1	mg	1	05014602500986	Verzenios, tabl. powl., 100 mg
							05014602500993	Verzenios, tabl. powl., 150 mg
							05014602500979	Verzenios, tabl. powl., 50 mg
							03573994003922	Mektovi, tabl. powl., 15 mg
128	5.08.09.0000183	Binimetinib	p.o.	1	mg	1	07038319119956	Alunbrig, tabl. powl., 180 mg
129	5.08.09.0000184	Brigatinibum	p.o.	1	mg	1	07038319119963	Alunbrig, tabl. powl., 90 mg
							07038319119970	Alunbrig, tabl. powl., 30 mg
							07038319119987	Alunbrig, tabl. powl., 90+180 mg
							05060146291736	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml
130	5.08.09.0000185	Dinutuximabum beta	inj.	1	mg	1	03573994003939	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg
							03573994003946	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg
131	5.08.09.0000186	Encorafenibum	p.o.	1	mg	1	05413868113006	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml
							05413868116687	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml
132	5.08.09.0000187	Guselkumabum	s.c.	1	mg	1	07640159433613	Iclusig, tabl. powl., 15 mg
							07640159433637	Iclusig, tabl. powl., 45 mg
133	5.08.09.0000188	Ponatinibum	p.o.	1	mg	1	08054083023021	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml
							08715131018139	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg
134	5.08.09.0000189	Risankizumabum	s.c.	1	mg	1	05909990766994	Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg
							00351167104606	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg
135	5.08.09.0000190	Romiplostimum	s.c.	1	mcg	1	00351167112205	Kalydeco, granulat w saszetce, 50 mg
							00351167113103	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg
							00351167136201	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg
							00351167144503	Kalydeco, tabl. powl., 75 mg
							00351167175309	Kalydeco, granulat w saszetce, 59,5 mg
136	5.08.09.0000191	Ivacaftorum	p.o.	1	mg	1		

							00351167174302	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg
137	5.08.09.0000192	Migalastatum	p.o.	1	mg	1	05909991390273	Galafold, kaps. twarde, 123 mg
138	5.08.09.0000193	Selexipagum	p.o.	1	mcg	1	07640111932796	Uptravi, tabl. powl., 1000 µg
							07640111932802	Uptravi, tabl. powl., 1200 µg
							07640111932819	Uptravi, tabl. powl., 1400 µg
							07640111932826	Uptravi, tabl. powl., 1600 µg
							07640111932833	Uptravi, tabl. powl., 200 µg
							07640111932758	Uptravi, tabl. powl., 200 µg
							07640111932765	Uptravi, tabl. powl., 400 µg
							07640111932772	Uptravi, tabl. powl., 600 µg
							07640111932789	Uptravi, tabl. powl., 800 µg
139	5.08.09.0000194	Durvalumabum	inj.	1	mg	1	05000456031493	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml, 1 fiol.a 10 ml;
							05000456031486	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml, 1 fiol.a 2,4 ml
140	5.08.09.0000195	Inotuzumabum ozogamicini	inj.	1	mg	1	05907636977193	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg
141	5.08.09.0000196	Ketoanalogi aminokwasów	p.o.	1	mg	1	05909990338511	Ketosteril, tabl. powl., 630 mg
142	5.08.09.0000197	Avelumabum	inj.	1	mg	1	04054839462153	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
143	5.08.09.0000198	Ixazomibum	p.o.	1	mg	1	03400930077696	Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg
							03400930077719	Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg
							03400930077726	Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg
144	5.08.09.0000199	Midostaurinum	p.o.	1	mg	1	05909991341527	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg, 112 szt.
							05909991353995	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg, 56 szt.
145	5.08.09.0000200	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	p.o.	1	mg	1	05391507143303	Vosevi, tabl. powl., 400 + 100 + 100 mg
146	5.08.09.0000201	Olaparibum	p.o.	1	mg	1	05000456031325	Lynparza, tabl. powl., 100 mg

							05000456031318	Lynparza, tabl. powł., 150 mg
147	5.08.09.0000203	Dexamethasonum	inj.	1	mcg	1	05909990796663	Ozurdex, implant doszkliskowy, 700 µg
148	5.08.09.0000204	Lorlatinibum	p.o.	1	mg	1	05415062343531	Lorviqua, tabl. powł., 100 mg
							05415062348147	Lorviqua, tabl. powł., 25 mg
149	5.08.09.0000205	Lanadelumabum	inj.	1	mg	1	00642621076103	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg, 1 amp.-strzyk.
150	5.08.09.0000206	Mercaptamini bitartras	p.o.	1	mg	1	03663502001011	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg
151	5.08.09.0000207	Tisagenlecleucelum	inj.	1	zestaw <sup>2</sup>	1	05909991384388	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10 <sup>6</sup> – 6 x 10 <sup>8</sup> komórek
152	5.08.09.0000208	Trientinum tetrahydrochloridum	p.o.	1	mg	1	05350626000102	Cuprior, tabl. powł., 150 mg
153	5.08.09.0000209	Amifampridinum	p.o.	1	mg	1	05055956400706	Firdapse, tabl., 10 mg
154	5.08.09.0000210	Brolucizumabum	inj.	1	mg	1	07613421034993	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml
155	5.08.09.0000211	Cemiplimabum	inj.	1	mg	1	05909991408329	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg
156	5.08.09.0000212	Dupilumabum	s.c.	1	mg	1	05909991341435	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
							05909991404741	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg
							05909991490614	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
							05909991490591	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg
157	5.08.09.0000213	Levofloxacinum	inh.	1	mg	1	08025153003014	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg
158	5.08.09.0000214	Tolvaptanum	p.o.	1	mg	1	05038256002115	Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg
							05038256002122	Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg
							05038256002139	Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg
159	5.08.09.0000215	Tyldrakizumabum	s.c.	1	mg	1	08430308131700	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
160	5.08.09.0000216	Etanerceptum	inj.	1	mg	1	05909990777938	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml

							05909990880881	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml
161	5.08.09.0000217	Niraparibum	p.o.	1	mg	1	05909991425487	Zejula, kaps. twarde, 100 mg, 56 szt.
							05909991425494	Zejula, kaps. twarde, 100 mg, 84 szt.
							05909991515201	Zejula, tabl. powl., 100 mg, 56 szt.
							05909991515218	Zejula, tabl. powl., 100 mg, 84 szt.
162	5.08.09.0000218	Givosiranum <sup>3</sup>	s.c.	1	fiol.	1	08720165814046	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml; 1 fiol.po 1 ml
163	5.08.09.0000219	Apalutamidum	p.o.	1	mg		05413868117059	Erleada, tabl. powl., 60 mg
							05413868122596	Erleada, tabl. powl., 240 mg
164	5.08.09.0000220	Atalurenium	p.o.	1	mg	1	05391528830510	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 1000 mg
							05391528830497	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 125 mg
							05391528830503	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 250 mg
165	5.08.09.0000221	Darolutamidum	p.o.	1	mg	1	05908229303337	Nubeqa, tabl. powl., 300 mg
166	5.08.09.0000222	Ivacaftorum + Lumacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167131701	Orkambi, granulat, 125+100 mg
							00351167131800	Orkambi, granulat, 188+150 mg
167	5.08.09.0000223	Ivacaftorum + Tezacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167136102	Symkevi, tabl. powl., 150+100 mg
							00351167144404	Symkevi, tabl. powl., 75+50 mg
168	5.08.09.0000224	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167143902	Kaftrio, tabl. powl., 75+50+100 mg
							00351167149409	Kaftrio, tabl. powl., 37,5+25+50 mg
							00351167173305	Kaftrio, granulat w saszetce, 60+40+80 mg
							00351167172704	Kaftrio, granulat w saszetce,

								75+50+100 mg
169	5.08.09.0000225	Lumasiranum <sup>3</sup>	s.c.	1	fiol.	1	08720165814138	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml
170	5.08.09.0000226	Axicabtagene ciloleucel	inj.	1	worek <sup>2</sup>	1	05909991438487	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 <sup>8</sup> – 2 x 10 <sup>8</sup> komórek
171	5.08.09.0000227	Polatuzumabum vedotinum	inj.	1	mg	1	07613326024143	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 140 mg
							07613326029353	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg
172	5.08.09.0000228	Denosumabum	inj.	1	mg	1	05909990935024	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg
173	5.08.09.0000229	Erenumabum	s.c.	1	mg	1	07613421024604	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml
174	5.08.09.0000230	Fedratinibum	p.o.	1	mg	1	07640133688596	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg
175	5.08.09.0000231	Fremanezumabum	s.c.	1	mg	1	05909991396497	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg
176	5.08.09.0000232	Letermovir	p.o.	1	mg	1	00191778018905	Prevymis, tabl. powł., 240 mg
							00191778018899	Prevymis, tabl. powł., 480 mg
177	5.08.09.0000233	Siltuximabum	inj.	1	mg	1	05060146292276	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							05060146292481	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg
178	5.08.09.0000234	Upadacitinibum	p.o.	1	mg	1	08054083020334	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 15 mg
							08054083022994	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 30 mg
							08054083024189	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 45 mg
179	5.08.09.0000235	Bedaquilinum	p.o.	1	mg	1	05909991140984	Sirturo, tabl., 100 mg
180	5.08.09.0000236	Gemtuzumabum ozogamicinum	inj.	1	mg	1	05415062328576	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg

181	5.08.09.0000237	Gilteritinibi fumaras	p.o.	1	mg	1	05909991426460	Xospata, tabl. powł., 40 mg
182	5.08.09.0000238	Imlifidasum <sup>3</sup>	inj.	1	fiol.	1	07350118290033	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg
							07350118290040	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg
183	5.08.09.0000239	Onasemnogenum abeparvovecum	inj.	1	op.	1	05397227701106	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701137	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701168	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml
							05397227701199	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702844	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702875	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml
							05397227701090	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml
							05397227701120	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701151	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701182	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml



							05397227702837	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702868	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702899	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml
							05397227702905	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml
							05397227701083	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701113	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701144	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 4 fiol. 8,3 ml
							05397227701175	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702820	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702851	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 7 fiol. 8,3 ml
							05397227702882	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 8 fiol. 8,3 ml
							05397227702912	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 9 fiol. 8,3 ml
184	5.08.09.0000240	Pretomanidum <sup>3</sup>	p.o.	1	mg	1	05901797711139	Dovprela, tabl., 200 mg
185	5.08.09.0000241	Risdiplamum	p.o.	1	mg	1	07613326029896	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml
186	5.08.09.0000242	Alpelisibum	p.o.	1	mg	1	07613421024826	Piqray, tabl. powł., 150 mg
							07613421024840	Piqray, tabl. powł., 200 mg
							07613421024833	Piqray, tabl. powł., 50+200 mg
187	5.08.09.0000243	Glyceroli phenylbutyras	p.o.	1	g	1	07350110580354	Ravicti, płyn doustny, 1,1 g/ml

188	5.08.09.0000244	Inclisiranum	s.c.	1	mg	1	07613421047276	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 284 mg
189	5.08.09.0000245	Lutetium (177Lu) oxodotreotidi	inj.	1	fiol.	1	05909991350963	Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml
190	5.08.09.0000246	Mercaptamini hydrochloridum	ey.	1	mg	1	03663502000274	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml
191	5.08.09.0000247	Ofatumumabum	s.c.	1	mg	1	07613421040123	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg
192	5.08.09.0000248	Ozanimodum	p.o.	1	mg	1	07640133688220	Zeposia, kaps. twarde, 0,23 + 0,46 mg
							07640133688237	Zeposia, kaps. twarde, 0,92 mg
193	5.08.09.0000249	Ponesimodum	p.o.	1	mg	1	05413868120363	Ponvory, tabl. powl., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg
							05413868120370	Ponvory, tabl. powl., 20 mg
							03760250441806	Ponvory, tabl. powl., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg
							03760250441813	Ponvory, tabl. powl., 20 mg
194	5.08.09.0000250	Ramucirumabum	inj.	1	mg	1	05909991205898	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml
195	5.08.09.0000251	Sacituzumabum govitecanum	inj.	1	mg	1	05391507146816	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg
196	5.08.09.0000252	Satralizumabum	s.c.	1	mg	1	07613326032322	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg
197	5.08.09.0000253	Siponimodum	p.o.	1	mg	1	07613421024598	Mayzent, tabl. powl., 0,25 mg
							07613421024581	Mayzent, tabl. powl., 2 mg
							07613421058906	Mayzent, tabl. powl., 1 mg
198	5.08.09.0000254	Talazoparibum	p.o.	1	mg	1	05415062348826	Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg
							05415062348789	Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg
							05415062115466	Talzenna, kapsułki twarde, 0,1 mg
199	5.08.09.0000255	Acalabrutinibum	p.o.	1	mg	1	05000456071116	Calquence, tabl. powl., 100 mg
200	5.08.09.0000256	Avatrombopag	p.o.	1	mg	1	07350031443110	Doptelet, tabl. powl., 20 mg, 10 szt.
							07350031443127	Doptelet, tabl. powl., 20 mg, 15 szt.
							07350031443134	Doptelet, tabl. powl., 20 mg, 30 szt.

201	5.08.09.0000257	Elotuzumabum	inj.	1	mg	1	08027950032181	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg
							08027950032198	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg
202	5.08.09.0000258	Entrectinibum	p.o.	1	mg	1	07613326024891	Rozlytrek, kaps. twarde, 100 mg
							07613326024624	Rozlytrek, kaps. twarde, 200 mg
203	5.08.09.0000259	Luspaterceptum	s.c.	1	mg	1	07640133688244	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg
							07640133688251	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 mg
204	5.08.09.0000260	Vedolizumabum	s.c.	1	mg	1	07038319122857	Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml
205	5.08.09.0000261	Daratumumabum	s.c.	1	mg	1	05413868119596	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)
206	5.08.09.0000262	Acidum carglumicum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909990213894	Carbaglu, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg
							08718858150847	Ucedane, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg
207	5.08.09.0000263	Bimekizumabum	s.c.	1	mg	1	05413787220618	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml, 2 wstrzykiwacze 1 ml
							05413787222452	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml, 1 wstrzykiwacz 1 ml
208	5.08.09.0000265	Larotrectinibum	p.o.	1	mg	1	04057598011815	Vitrakvi, kaps. twarde, 100 mg
							04057598011792	Vitrakvi, kaps. twarde, 25 mg
							04057598012287	Vitrakvi, roztwór doustny, 20 mg/ml
209	5.08.09.0000266	Azacitidine	p.o.	1	mg	1	07640133688435	Onureg, tabl. powł., 200 mg
							07640133688442	Onureg, tabl. powł., 300 mg
210	5.08.09.0000267	Filgotinibum	p.o.	1	mg	1	05430002329178	Jyseleca, tabl. powł., 200 mg
							08020030001428	Jyseleca, tabl. powł., 200 mg
211	5.08.09.0000268	Tafasitamabum <sup>3</sup>	inj.	1	mg	1	09088885500694	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200

								mg
212	5.08.09.0000269	Esketaminum	n.	1	mg	1	05413868117400	Spravato, aerozol do nosa, roztwór, 28 mg
213	5.08.09.0000270	Isatuximabum	inj.	1	mg	1	05909991427832	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 25 ml
							05909991427818	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 5 ml
214	5.08.09.0000271	Tucatinibum	p.o.	1	mg	1	08720295000180	Tukysa, tabl. powł., 150 mg
							08720295000173	Tukysa, tabl. powł., 50 mg
215	5.08.09.0000272	Zanubrutinibum	p.o.	1	mg	1	08720598340112	Brukina, kaps. twarde, 80 mg
216	5.08.09.0000273	Anifrolumabum	inj.	1	mg	1	05000456072700	Saphnelo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg, 1 fiol. 2 ml
217	5.08.09.0000274	Brexucabtagene autoleucel <sup>5</sup>	inj.	1	worek <sup>2</sup>	1	05909991460662	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 <sup>8</sup> – 2 x 10 <sup>8</sup> komórek
218	5.08.09.0000275	Dostarlimabum	inj.	1	mg	1	05909991449872	Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml
219	5.08.09.0000276	Lomitapidum	p.o.	1	mg	1	05397203001220	Lojuxta, kaps. twarde, 10 mg
							05397203001237	Lojuxta, kaps. twarde, 20 mg
							05397203001213	Lojuxta, kaps. twarde, 5 mg
220	5.08.09.0000277	Pegcetakoplan	inj.	1	mg	1	07350031443950	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg, 1 fiol. 20 ml
							07350031443967	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg, 8 fiol. 20 ml
221	5.08.09.0000278	Ravulizumabum	inj.	1	mg	1	05391527740162	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1100 mg
							05391527740179	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
222	5.08.09.0000279	Roxadustatum	p.o.	1	mg	1	05909991458720	Evrenzo, tabl. powł., 100 mg
							05909991458737	Evrenzo, tabl. powł., 150 mg
							05909991458690	Evrenzo, tabl. powł., 20 mg

							05909991458706	Evrenzo, tabl. powl., 50 mg
							05909991458713	Evrenzo, tabl. powl., 70 mg
223	5.08.09.0000280	Selpercatinibum <sup>3</sup>	p.o.	1	mg	1	08586009570529	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg
							08586009570536	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg
224	5.08.09.0000281	Sotorasibum	p.o.	1	mg	1	08715131024895	Lumykras, tabl. powl., 120 mg
225	5.08.09.0000282	Abrocitinibum	p.o.	1	mg	1	05415062384565	Cibinqo, tabl. powl., 100 mg
							05415062384572	Cibinqo, tabl. powl., 200 mg
							05415062384558	Cibinqo, tabl. powl., 50 mg
226	5.08.09.0000283	Asciminibum	p.o.	1	mg	1	07613421131616	Scemblix, tabl. powl., 20 mg
							07613421131623	Scemblix, tabl. powl., 40 mg
227	5.08.09.0000284	Burosumabum	s.c.	1	mg	1	05038903003915	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg
							05038903003922	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg
							05038903003939	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg
228	5.08.09.0000285	Enfortumabum vedotini <sup>3</sup>	inj.	1	mg	1	05909991487430	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg
							05909991487447	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg
229	5.08.09.0000286	Tralokinumabum	s.c.	1	mg	1	03400930230268	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg
							03400930276136	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg
230	5.08.09.0000287	Trastuzumabum deruxtecanum	inj.	1	mg	1	04260161043629	Enhertu, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
231	5.08.09.0000288	Avalglucosidasum alfa	inj.	1	mg	1	05909991472474	Nexviadyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
232	5.08.09.0000289	Cannabidiolum <sup>4</sup>	p.o.	1	mg	1	05055813900103	Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml

233	5.08.09.0000291	Odevixibat <sup>3</sup>	p.o.	1	mcg	1	09120121720043	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg
							09120121720012	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg
							09120121720029	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg
							09120121720036	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg
234	5.08.09.0000292	Selumetinibum	p.o.	1	mg	1	05000456070058	Koselugo, kaps. twarde, 10 mg
							05000456070065	Koselugo, kaps. twarde, 25 mg
235	5.08.09.0000294	Nivolumabum + Relatlimab	inj.	1	mg	1	08027950800476	Opdualag, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 240+80 mg
236	5.08.09.0000295	Olipudaza alfa <sup>3</sup>	inj.	1	mg	1	05909991490508	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg
							05909991513696	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg
237	5.08.09.0000296	Tezepelumabum	s.c.	1	mg	1	05000456076166	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań, 210 mg
							05000456075725	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 210 mg
238	5.08.09.0000297	Natalizumabum	s.c.	1	mg	1	05713219560252	Tysabri, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
239	5.08.09.0000298	Emicizumabum	s.c.	1	mg	1	07613326004442	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml, 1 fiol. po 0,4 ml
							07613326004534	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml, 1 fiol. po 0,7 ml
							07613326004763	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml, 1 fiol. po 1 ml
							07613326004756	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg/ml, 1 fiol. po 1 ml
240	5.08.09.0000299	Mavacamtenum	p.o.	1	mg	1	08027950800742	Camzyos, kaps. twarde, 10 mg
							08027950800759	Camzyos, kaps. twarde, 15 mg
							08027950800728	Camzyos, kaps. twarde, 2,5 mg
							08027950800735	Camzyos, kaps. twarde, 5 mg
241	5.08.09.0000300	Mogamulizumabum	inj.	1	mg	1	05038903004233	Poteligeo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/ml
242	5.08.09.0000301	Mosunetuzumabum	inj.	1	mg	1	07613326061001	Lunsumio, koncentrat do

								sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg
							07613326061087	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg
243	5.08.09.0000302	Romosozumabum	inj.	1	mg	1	05413787222025	Evenity, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg/ml
244	5.08.09.0000303	Tafamidisum	p.o.	1	mg	1	05415062359426	Vyndaqel, kaps. miękkie, 61 mg
245	5.08.09.0000304	Tebentafuspum <sup>3</sup>	inj.	1	fiol.	1	05056416800036	Kimmtrak, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml
246	5.08.09.0000305	Foslevodopum + Foscarbidopum	inj.	1	mg	1	08054083025162	Produodopa, roztwór do infuzji, 240+12 mg/ml
247	5.08.09.0000306	Asfotasum alfa	inj.	1	fiol.	1	05391527745112	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml, 12 fiol. po 0,8 ml
							05391527745143	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 12 fiol. po 0,45 ml
							05391527745136	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 12 fiol. po 0,70 ml
							05391527745129	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 12 fiol. po 1 ml
248	5.08.09.0000307	Caplacizumabum	inj.	1	mg	1	05909991413385	Cablivi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg
249	5.08.09.0000308	Epcoritamabum	inj.	1	mg	1	08054083026503	Tepkinly, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/0,8 ml
							08054083026497	Tepkinly, roztwór do wstrzykiwań, 48 mg
250	5.08.09.0000309	Glofitamabum	inj.	1	mg	1	07613326068468	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg
							07613326068871	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2,5 mg
251	5.08.09.0000310	Somatrogonum	s.c.	1	mg	1	05415062388037	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 24 mg
							05415062388044	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 60 mg

252	5.08.09.0000311	Teclistamabum	s.c.	1	mg	1	05413868121575	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml
							05413868121582	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg/ml
253	5.08.09.0000312	Avapritinibum	p.o.	1	mg	1	08720165565009	Ayvakyt, tabl. powł., 100 mg
							08720165565016	Ayvakyt, tabl. powł., 200 mg
							08720165565214	Ayvakyt, tabl. powł., 25 mg
							08720165565153	Ayvakyt, tabl. powł., 50 mg
254	5.08.09.0000313	Canakinumabum	inj.	1	mg	1	07613421054038	Ilaris, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml
255	5.08.09.0000314	Fenfluraminum	p.o.	1	mg	1	05413787222018	Fintepla, roztwór doustny, 2,2 mg/ml
256	5.08.09.0000315	Ivosidenibum <sup>3</sup>	p.o.	1	mg	1	03664898120737	Tibsovo, tabl. powł., 250 mg
257	5.08.09.0000316	Loncastuximabum tesirini	inj.	1	fiol.	1	07350031444193	Zynlonta, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 10 mg
258	5.08.09.0000317	Mirikizumabum	inj.	1	mg	1	05999885490202	OmvoH, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg/15 ml, 1 fiol. 15 ml
259	5.08.09.0000318	Niraparyb + Abirateron	p.o.	1	mg	1	05413868122459	Akeega, tabl. powł., 100 + 500 mg
							05413868122442	Akeega, tabl. powł., 50 + 500 mg
260	5.08.09.0000319	Oxybutynini hydrochloridum	inj.	1	mg	1	05909991398705	Vesoxx, roztwór do podawania do pęcherza moczowego, 1 mg/ml
261	5.08.09.0000321	Vosoritidum	s.c.	1	fiol.	1	05391524462890	Voxzogo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,4 mg
							05391524462906	Voxzogo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,56 mg
							05391524462913	Voxzogo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1,2 mg
262	5.08.09.0000322	Efgartigimod alfa	inj.	1	fiol.	1	04150179912881	Vyvgart, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg
263	5.08.09.0000323	Mirikizumabum	s.c.	1	mg	1	05999885490219	OmvoH, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml, 2



								wstrzykiwacze 1 ml
264	5.08.09.0000324	Budesonidum	p.o.	1	mg	1	04011548044179	Kinpeygo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 4 mg
265	5.08.09.0000325	Elranatamabum	inj.	1	mg	1	05415062116289	Elrexfio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 1 fiol. 1,1 ml
							05415062116272	Elrexfio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 1 fiol. 1,9 ml
266	5.08.09.0000326	Maribavirum	p.o.	1	mg	1	07038319161382	Livtencity, tabl. powł., 200 mg
267	5.08.09.0000327	Rucaparibum	p.o.	1	mg	1	04150152358903	Rubraca, tabl. powł., 200 mg
							04150152359153	Rubraca, tabl. powł., 250 mg
							04150152359214	Rubraca, tabl. powł., 300 mg
268	5.08.09.0000328	Talquetamabum	inj.	1	mg	1	05413868122503	Talvey, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml
							05413868122510	Talvey, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
269	5.08.09.0000329	Tremelimumabum	inj.	1	mg	1	05000456037105	Imjudo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
270	5.08.09.0000330	Vutrisiranum	s.c.	1	mg	1	04150181110077	Amvuttra, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/0,5 ml
271	5.08.09.0000331	Voretigene neparvovec	inj.	1	fiol.	1	07613421040529	Luxturna, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5 x 10 <sup>12</sup> genomów wektora/ml
272	5.08.09.0000332	Farycymab	inj.	1	mg	1	07613326050708	Vabysmo, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml

<sup>1</sup> - substancja czynna, której średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia

<sup>2</sup> - rozumiany jako 1 lub więcej worków infuzyjnych przeznaczonych do terapii danego pacjenta

<sup>3</sup> - technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24b ustawy o refundacji

<sup>4</sup> - technologia lekowa o wysokiej wartości klinicznej - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24a ustawy o refundacji - dotyczy wyłącznie programu lekowego B.154.FM

<sup>5</sup> - technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24b ustawy o refundacji - dotyczy wyłącznie programu B.12.FM

Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 29/2025/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 24 kwietnia 2025 r.

### Katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych

lp.	kod substancji czynnej	nazwa substancji czynnej	jednostka rozliczeniowa	wartość punktowa	tryb podania leku			Uwagi
					tryb ambulatoryjny	tryb jednodniowy	hospitalizacja	
1	5.08.07.0000109	sildenafilum - p.o.	20 mg, 90 tabl.	<b>103,03</b>	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 05055565741603 oraz o kodzie AIC A045184049, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 17 listopada 2023 r. do dnia 31 sierpnia 2025 r.
2	5.08.07.0000110	immunoglobulinum humanum - inj.	100 mg/ml, 1 fiol. 50 ml	<b>1 287,90</b>	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 00642621006155, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 25 marca 2024 r. do dnia 28 lutego 2025 r.
3	5.08.07.0000111	immunoglobulinum humanum- inj.	100 mg/ml, 1 fiol. 100 ml	<b>2 575,80</b>	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 00642621006162, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 25 marca 2024 r. do dnia 28 lutego 2025 r.
4	5.08.07.0000112	immunoglobulinum humanum- inj.	100 mg/ml, 1 fiol. 200 ml	<b>5 151,60</b>	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 00642621006179, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 25 marca 2024 r. do dnia 28 lutego 2025 r.

5	5.08.07.0000113	peginterferonum alfa-2a - inj.	135 µg/0,5 ml	1	x	x	x	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 24 kwietnia 2024 r.
6	5.08.07.0000114	peginterferonum alfa-2a - inj.	180 µg/0,5 ml	1	x	x	x	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 24 kwietnia 2024 r.
7	5.08.07.0000115	peginterferonum alfa-2a - inj.	90 µg/0,5 ml	1	x	x	x	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 24 kwietnia 2024 r.
8	5.08.07.0000116	somatropinum – inj.	10 mg/1,5 ml (30 j.m.), 5 wkł. po 1,5 ml	3 205,44	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 05291519003292, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 21 listopada 2024 r.
9	5.08.07.0000117	somatropinum – inj.	5 mg/1,5 ml (15 j.m.), 5 wkł. po 1,5 ml	1 602,72	x	x	x	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2025 r.
10	5.08.07.0000118	vandetanibum – p.o.	300 mg, 30 szt.	11 790,00	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 05000283660767, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 30 stycznia 2025 r.

11	5.08.07.0000119	cinacalcetii hydrochloridum – p.o.	30 mg	<b>8,1771</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 5 marca 2025 r.
12	5.08.07.000120	cinacalcetii hydrochloridum – p.o.	60 mg	<b>16,3542</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	<b>x</b>	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 5 marca 2025 r.

**Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych**

<b>CZĘŚĆ WSPÓLNA</b>		
wymagania formalne	Wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający specjalność lub profil komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego zgodne ze szczegółowymi wymaganiami określonymi dla każdego programu lekowego	
B.1.	03.0000.301.02	Leczenie chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B
B.4.	03.0000.304.02	Leczenie chorych na raka jelita grubego
B.5.	03.0000.305.02	Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych
B.6.	03.0000.306.02	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej
B.8.	03.0000.308.02	Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich
B.9.FM.	03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi
B.10.	03.0000.310.02	Leczenie pacjentów z rakiem nerki
B.12.FM.	03.0000.312.02	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe
B.14.	03.0000.314.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową
B.15.	03.0000.315.02	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B
B.17.	03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci
B.18.	03.0000.318.02	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego
B.19.	03.0000.319.02	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki
B.20.	03.0000.320.02	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-I
B.21.	03.0000.321.02	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii
B.22.	03.0000.322.02	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego
B.23.	03.0000.323.02	Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III
B.24.	03.0000.324.02	Leczenie choroby Hurler
B.25.	03.0000.325.02	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)
B.27.	03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą
B.28.	03.0000.328.02	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy
B.29.	03.0000.329.02	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane
B.30.	03.0000.330.02	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A
B.31.	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)
B.32.	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego - Crohna
B.33.	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów
B.35.	03.0000.335.02	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)
B.36.	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)
B.37.	03.0000.337.02	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek
B.38.	03.0000.338.02	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)
B.39.	03.0000.339.02	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami
B.40.	03.0000.340.02	Profilaktyka zakażeń wirusem RS
B.41.	03.0000.341.02	Leczenie zespołu Prader - Willi
B.42.	03.0000.342.02	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)
B.44.	03.0000.344.02	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy
B.47.	03.0000.347.02	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej
B.50.	03.0000.350.02	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej
B.52.	03.0000.352.02	Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi
B.54.	03.0000.354.02	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytozowego

B.55.	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego
B.56.	03.0000.356.02	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego
B.57.	03.0000.357.02	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A
B.58.	03.0000.358.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka
B.59.	03.0000.359.02	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych
B.61.	03.0000.361.02	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną
B.62.	03.0000.362.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych
B.64.	03.0000.364.02	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)
B.65.	03.0000.365.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną
B.66.	03.0000.366.02	Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe
B.67.	03.0000.367.02	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych
B.70.	03.0000.370.02	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki
B.71.	03.0000.371.02	Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C
B.73.	03.0000.373.02	Leczenie pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza
B.74.	03.0000.374.02	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)
B.75.	03.0000.375.02	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń
B.76.	03.0000.376.02	Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)
B.77.	03.0000.377.02	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina
B.79.	03.0000.379.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową
B.81	03.0000.381.02	Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)
B.82	03.0000.382.02	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK
B.85	03.0000.385.02	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki
B.86	03.0000.386.02	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi
B.87	03.0000.387.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc
B.88	03.0000.388.02	Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry
B.89	03.0000.389.02	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwysciółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)
B.90	03.0000.390.02	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona
B.95	03.0000.395.02	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)
B.96	03.0000.396.02	Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)
B.97	03.0000.397.02	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną
B.98	03.0000.398.02	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną
B.99	03.0000.399.02	Leczenie akromegalii
B.101	03.0000.401.02	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi
B.102.FM	03.0000.402.02	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni
B.104	03.0000.404.02	Leczenie choroby Fabry'ego
B.105	03.0000.405.02	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)
B.106	03.0000.406.02	Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV
B.107	03.0000.407.02	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną
B.108	03.0000.408.02	Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy
B.109	03.0000.409.02	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych
B.110	03.0000.410.02	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym
B.111	03.0000.411.02	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania
B.112	03.0000.412.02	Leczenie chorych na mukowiscydozę
B.113	03.0000.413.02	Leczenie pacjentów z chorobami nerek
B.114	03.0000.414.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową
B.115	03.0000.415.02	Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej
B.117	03.0000.417.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem
B.118	03.0000.418.02	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga
B.119	03.0000.419.02	Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy
B.121	03.0000.421.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona
B.122	03.0000.422.02	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku

		naczynioruchowego o ciężkim przebiegu
B.123	03.0000.423.02	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona
B.124	03.0000.424.02	Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry
B.125	03.0000.425.02	Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry
B.126	03.0000.426.02	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek
B.127	03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną
B.128.FM	03.0000.428.02	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat
B.129.FM	03.0000.429.02	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1
B.130	03.0000.430.02	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny
B.131	03.0000.431.02	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana
B.132	03.0000.432.02	Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych
B.133	03.0000.433.02	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą
B.134	03.0000.434.02	Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu
B.135	03.0000.435.02	Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc
B.136.FM	03.0000.436.02	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)
B.137.FM	03.0000.437.02	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki
B.138.FM	03.0000.438.02	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)
B.139	03.0000.439.02	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków
B.140	03.0000.440.02	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu moczniowego
B.141.FM	03.0000.441.02	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym
B.142	03.0000.442.02	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji
B.143	03.0000.443.02	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową
B.144	03.0000.444.02	Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)
B.145	03.0000.445.03	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)
B.146	03.0000.446.04	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma
B.147	03.0000.447.05	Leczenie chorych na depresję lekooporną
B.148	03.0000.448.02	Leczenie chorych na raka endometrium
B.149	03.0000.449.02	Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi
B.150	03.0000.450.02	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym
B.151	03.0000.451.02	Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)
B.152.FM	03.0000.452.02	Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)
B.153	03.0000.453.02	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego
B.154.FM	03.0000.454.02	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastaut lub z zespołem Dravet
B.155	03.0000.455.02	Leczenie chorych z nerwiakówłkniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)
B.156	03.0000.456.02	Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa
B.157	03.0000.457.02	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii
B.158.FM	03.0000.458.02	Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B
B.159	03.0000.459.02	Leczenie chorych na raka szyjki macicy
B.160	03.0000.460.02	Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej
B.161	03.0000.461.02	Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)
B.162	03.0000.462.02	Leczenie pacjentów z kardiomiopatią
B.163.FM	03.0000.463.02	Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka
B.164	03.0000.464.02	Leczenie pacjentów z immunologiczną zakrzepową plamicą małopłytkową
B.165	03.0000.465.02	Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)
B.166	03.0000.466.02	Leczenie pacjentów z achondroplazją
B.167	03.0000.467.02	Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu

		RPE65
B.168	03.0000.468.02	Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV)
B.169	03.0000.469.02	Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)
B.170	03.0000.470.02	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej
B.171	03.0000.471.02	Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA



<b>03.0000.301.02</b>	<b>Leczenie chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1056	poradnia hepatologiczna
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1340	poradnia chorób zakaźnych
	1341	poradnia chorób zakaźnych dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4340	oddział chorób zakaźnych
	4341	oddział chorób zakaźnych dla dzieci
	4348	oddział obserwacyjno-zakaźny
	4349	oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4654	oddział transplantacji wątroby
	4655	oddział transplantacji wątroby dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób zakaźnych lub transplantologii klinicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HCV, HBV)	

<b>03.0000.304.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka jelita grubego</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie radioterapii onkologicznej - w przypadku raka odbytnicy.
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR lub PET	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania histopatologiczne	
	badania immunohistochemiczne	
	ocena i potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR)	

<b>03.0000.305.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	badania histopatologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.306.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4272	oddział chorób płuc
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub chorób płuc	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów - w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR	
	badanie pozytonowej tomografii emisyjnej	
	EKG	
	badania histopatologiczne	
	badania cytologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	potwierdzenie obecności odpowiednich czynników predykcyjnych (zaburzenia genów EGFR, ALK, ROS1 lub KRAS oraz stopień ekspresji białka PD-L1) z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu	

<b>03.0000.308.02</b>	<b>Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR	
	RTG	
	EKG	
	ECHO SERCA	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	
	badanie histopatologiczne	
	badanie immunohistochemiczne	

<b>03.0000.309.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka piersi</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	scyntygrafia	
	ECHO	
	USG	
	mammografia	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ (ocena receptorów HER2, ER, PGR)	
	badanie mutacji germlinalnej BRCA1/2	
	badanie mutacji genu PIK3CA z wykorzystaniem zwalidowanego testu	

<b>03.0000.310.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z rakiem nerki</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania histopatologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	

<b>03.0000.312.02</b>	<b>Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1072	poradnia nowotworów krwi
	4070	oddział hematologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4072	oddział nowotworów krwi
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	dla terapii aksybakabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu - wykwalifikowany ośrodek posiadający certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów.
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dla terapii aksybkabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu - doświadczenie w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolenie w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi aksykabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne ( antygen CD-20)	
	badania histopatologiczne	
	EKG, ECHO serca z oceną EF	
	USG, RTG	
	tomografia komputerowa (TK) lub rezonans magnetyczny, lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET-CT)	



<b>03.0000.314.02</b>	<b>Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie cytomorfologiczne szpiku	
	badania cytogenetyczne szpiku lub krwi obwodowej	
	badanie molekularne RT- PCR szpiku lub krwi obwodowej - badanie wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka	

<b>03.0000.315.02</b>	<b>Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny
	4403	oddział niemowlęcy
	4401	oddział pediatryczny o profilu hematologii
	HC.1.1. lub 1.2.	
	50	
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	REGIONALNE CENTRA LECZENIA HEMOFILII	TAK
	LOKALNE CENTRA LECZENIA HEMOFILII	TAK
	pozostałe	zapewnienie realizacji zadań i świadczeń przez regionalne i lokalne centra leczenia hemofilii (we wszystkie dni tygodnia) - zgodnie z opisem programu - w lokalizacji
lekarze	regionalne centra leczenia hemofilii	lekarz specjalista w dziedzinie hematologii lub pediatrii, lub onkologii i hematologii dziecięcej; (łącznie czas pracy – równoważnik 2 etatów; nie dotyczy dyżuru medycznego) w tym lekarz posiadający co najmniej stopień naukowy doktora nauk medycznych (łącznie czas pracy - równoważnik 1 etatu; nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	lokalne centra leczenia hemofilii	lekarze (łącznie czas pracy - równoważnik 2 etatów, nie dotyczy dyżuru medycznego), w tym – lekarz specjalista w dziedzinie hematologii lub pediatrii, lub onkologii i hematologii dziecięcej (łącznie czas pracy - równoważnik 1 etatu; nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	świadczeniodawcy udzielających świadczenia „leczenie w warunkach domowych”	lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej (łącznie czas pracy – równoważnik 1 etatu; nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu

pielęgniarki	pielęgniarki z odbytym szkoleniem w zakresie przetaczania krwi i jej składników	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	regionalne centra leczenia hemofilii - w lokalizacji	USG
	regionalne centra leczenia hemofilii - zapewnienie dostępu	RTG
		TK
		MRI
		badania genetyczne
		badania immunohistochemiczne
		badania koagulologiczne
	lokalne centra leczenia hemofilii - w lokalizacji	USG
wyposażenie w sprzęt	lokalne centra leczenia hemofilii - zapewnienie dostępu	RTG
		badania koagulologiczne
	regionalne centra leczenia hemofilii - w miejscu udzielania świadczeń - dotyczy oddziału	kardiomonitor
	lokalne centra leczenia hemofilii - w miejscu udzielania świadczeń - dotyczy oddziału	kardiomonitor

<b>03.0000.317.02</b>	<b>Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1080	poradnia immunologiczna
	1081	poradnia immunologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1401	poradnia pediatryczna
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4081	oddział immunologii klinicznej dla dzieci
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub immunologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem na oddziale lub poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, immunologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.318.02</b>	<b>Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	
	HC.1.1. lub HC.1.2.	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	117	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	117	
	4671	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	117	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	USG	
	EKG	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne)	

<b>03.0000.319.02</b>	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	
	HC.1.1. lub HC.1.2.	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	117	
	ODDZIAŁ	
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub endokrynologii, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, neurochirurgii, onkologii i hematologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
wypożyczenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

<b>03.0000.320.02</b>	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	
	HC.1.1. lub HC.1.2.	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	117	
	ODDZIAŁ	
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub endokrynologii, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: kardiologii lub kardiologii dziecięcej, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, neurochirurgii, onkologii i hematologii dziecięcej, diabetologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wyposażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

<b>03.0000.321.02</b>	<b>Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	123	
	4008	
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, okulistyki, neurologii lub neurologii dziecięcej b) dorośli - okulistyki, neurologii dostęp do konsultacji: dietetycznej, psychologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	rezonans magnetyczny	
	badania densytometryczne	
	badania okulistyczne z oceną oka w lampie szczelinowej	



<b>03.0000.322.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobą Pompego</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44 lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - chorób płuc lub chorób płuc dzieci, pediatrii metabolicznej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii lub neurologii dziecięcej
		b) dorośli - chorób płuc, kardiologii, otorynolaryngologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii
pielęgniarki		dostęp do konsultacji psychologicznej, fizjoterapeutycznej
		pielęgniarki
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań		USG
		RTG
		EKG
		echokardiografia
		badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)
		badania genetyczne
		badania spirometryczne
		badania audiometryczne

<b>03.0000.323.02</b>	<b>Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatria
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatria
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii, lub hematologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej, lub hematologii i onkologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii lub neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej b) dorośli – kardiologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii, onkologii klinicznej, hematologii dostęp do konsultacji psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji	USG	
	rezonans magnetyczny	

badań	RTG
	EKG
	echokardiografia
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)
	badania genetyczne
	biopsja szpiku (w przypadkach uzasadnionych medycznie)

<b>03.0000.324.02</b>	<b>Leczenie choroby Hurler</b>
-----------------------	--------------------------------

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC. 1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu b) dorośli - otorynolaryngologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu
		dostęp do konsultacji psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki		pielęgniarki
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań		USG
		rezonans magnetyczny
		RTG
		EKG
		EMG
		echokardiografia
		badania audiometryczne
		badania spirometryczne
		badania okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej
		badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)
		badania genetyczne

<b>03.0000.325.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatriczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, chorób płuc lub chorób płuc dzieci, okulistyki, rehabilitacji medycznej, neurologii lub neurologii dziecięcej b) dorośli – chorób płuc, okulistyki, rehabilitacji medycznej, neurologii dostęp do konsultacji: psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	EMG	
	echokardiografia	
	badania audiometryczne	
	badania spirometryczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	

<b>03.0000.327.02</b>	<b>Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1276	poradnia leczenia mukowiscydozy
	1277	poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4401	oddział pediatryczny
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do pielęgniarek/ fizjoterapeutów przeszkolonych w zakresie fizjoterapii chorych na mukowiscydozę
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub chorób płuc dzieci, lub pediatrii posiadający co najmniej 2 letnie doświadczenie w leczeniu chorych na mukowiscydozę	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	spirometria	
	audiogram	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badanie bakteriologiczne	

<b>03.0000.328.02</b>	<b>Leczenie dystonii ogniskowych i polowiczego kurczu twarzy</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1300	poradnia rehabilitacyjna
	1301	poradnia rehabilitacyjna dla dzieci
	1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu
	1303	poradnia rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
	1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej
	1307	poradnia rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4300	oddział rehabilitacyjny
	4301	oddział rehabilitacyjny dla dzieci
	4302	oddział rehabilitacji narządu ruchu
	4303	oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
	4306	oddział rehabilitacji neurologicznej
	4307	oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu rehabilitacji medycznej
	33	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	58	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu rehabilitacji medycznej
	HC.1.2.	
	33	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub rehabilitacji medycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu z co najmniej rocznym doświadczeniem w prowadzeniu leczenia toksyną botulinową, potwierdzonym pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej lub rehabilitacji medycznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie	TK lub MR	

realizacji badań	EMG
	RTG
	USG
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)



<b>03.0000.329.02</b>	<b>Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	58	
	4671	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	58	
	4671	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii
	22	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dorośli - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: kardiologii, okulistyki, dermatologii i wenerologii, chorób zakaźnych, chorób płuc; dzieci - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: kardiologii, kardiologii dziecięcej, okulistyki, dermatologii i wenerologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	w lokalizacji udzielania świadczeń	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi, badanie moczu, test ciążowy)
	zapewnienie dostępu do	EKG (12-kanalowe lub RR)
		rezonans magnetyczny (bez i po podaniu kontrastu)
		RTG
		oznaczenia poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV)
		badania w kierunku HIV, HBV, HCV, TBC, HPV
		testu na obecność przeciwciał anty-JCV
		określenie polimorfizmu genu CYP2C9

<b>03.0000.330.02</b>	<b>Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1300	poradnia rehabilitacyjna
	1301	poradnia rehabilitacyjna dla dzieci
	1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu
	1303	poradnia rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
	1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej
	1307	poradnia rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	1580	poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej
	1581	poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4300	oddział rehabilitacyjny
	4301	oddział rehabilitacyjny dla dzieci
	4302	oddział rehabilitacji narządu ruchu
	4303	oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
	4306	oddział rehabilitacji neurologicznej
	4307	oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4580	oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej
	4581	oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu ortopedii i traumatologii narządu ruchu
	HC.1.2.	
	25	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu rehabilitacji medycznej
	HC.1.2.	
	33	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu ortopedii i traumatologii narządu ruchu
	HC.1.2.	
	25	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu rehabilitacji medycznej
	HC.1.2.	
	33	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE

	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub rehabilitacji medycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu z co najmniej rocznym doświadczeniem w prowadzeniu leczenia toksyną botulinową, potwierdzonym pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej lub rehabilitacji medycznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	EMG	
	RTG	
	USG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.331.02</b>	<b>Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1100	poradnia kardiologiczna
	1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	4100	oddział kardiologiczny
	4101	oddział kardiologiczny dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii
	HC.1.2.	
	53	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	54	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu kardiologii
	HC.1.2.	
	53	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu kardiologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	54	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	pracownia hemodynamiczna pozwalająca na wykonanie cewnikowania prawego i lewego serca pod kontrolą RTG
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub kardiologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc dzieci lub kardiologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	RTG	
	USG	
	TK wysokiej rozdzielności z możliwością wykonania angio-CT	
	echokardiografia dopplerowska	
	testy czynnościowe płuc (w tym pletyzmografia - nie dotyczy dzieci)	
	scyntygrafia perfuzyjna płuc	
	spiroergometria	
	badania laboratoryjne (hematologiczne, biochemiczne, ocena układu krzepnięcia, panel autoimmunologiczny, badania serologiczne, troponina, NT-pro-BNP)	

<b>03.0000.332.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego - Crohna</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4500	oddział chirurgiczny ogólny
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	Ileokolonoskopia	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, mikrobiologiczne, morfologia krwi z rozmazem, test QuantiFERON, badanie ogólne moczu, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	

<b>03.0000.333.02</b>	<b>Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

<b>03.0000.335.02</b>	<b>Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1200	poradnia dermatologiczna
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4200	oddział dermatologiczny
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub dermatologii i wenerologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii – w przypadku realizacji świadczenia wyłącznie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie dermatologii i wenerologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne	

<b>03.0000.336.02</b>	<b>Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	



<b>03.0000.337.02</b>	<b>Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	122	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu nefrologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	122	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii lub nefrologii dziecięcej, lub transplantologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy w komórce organizacyjnej (oddziale lub poradni) o profilu nefrologicznym	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania immunohistochemiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.338.02</b>	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii lub pediatrii, lub nefrologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: genetyki klinicznej, endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, okulistyki, onkologii i hematologii dziecięcej, urologii lub urologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii lub kardiologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
wyposażenie w sprzęt	badania densytometryczne	
	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

<b>03.0000.339.02</b>	<b>Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1130	poradnia nefrologiczna
	1642	ambulatoryjna stacja dializ
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4132	stacja dializ
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	STACJA DIALIZ	TAK
	AMBULATORYJNA STACJA DIALIZ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii lub nefrologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy w komórce organizacyjnej (oddziale lub poradni, lub stacji dializ) o profilu nefrologicznym	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.340.02</b>	<b>Profilaktyka zakażeń wirusem RS</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1277	poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci
	1421	poradnia neonatologiczna
	1561	poradnia kardiokirurgiczna dla dzieci
	4101	oddział kardiologiczny dla dzieci
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4421	oddział neonatologiczny
	4561	oddział kardiokirurgiczny dla dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej lub lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc dzieci	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	dla pacjentów kardiologicznych: nieinwazyjne badanie hemodynamiczne (dot. poradni/oddziału kardiologicznego dla dzieci/kardiokirurgicznego dla dzieci)	

<b>03.0000.341.02</b>	<b>Leczenie zespołu Prader - Willi</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu endokrynologii
	HC. 1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	
	HC.1.1. lub HC.1.2.	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	44	
	4401	
	HC.1.1. lub HC.1.2.	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub pediatrii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: genetyki klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, okulistyki, rehabilitacji medycznej, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, położnictwa i ginekologii, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej dostęp do konsultacji: dietetycznej, psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wyposażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	
	<b>03.0000.342.02</b>	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)</b>

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub pediatrii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: genetyki klinicznej, położnictwa i ginekologii, okulistyki, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, nefrologii lub nefrologii dziecięcej, urologii lub urologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wyposażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

<b>03.0000.344.02</b>	<b>Leczenie chorych z ciężką postacią astmy</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii lub chorób płuc, lub chorób płuc u dzieci	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	spirometria z możliwością wykonania próby rozkurczowej	
	PEF	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, immunologiczne (IgE całkowite i IgE-alergenowo swoiste), badanie kału w kierunku pasożytów)	

<b>03.0000.347.02</b>	<b>Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodoncją lub stomatologii dziecięcej, chirurgii stomatologicznej lub periodontologii, położnictwa i ginekologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG klatki piersiowej	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	
	USG	



<b>03.0000.350.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1460	poradnia ginekologii onkologicznej
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4460	oddział ginekologii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu ginekologii onkologicznej
	HC.1.2.	
	49	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub ginekologii onkologicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania histopatologiczne	
	badania immunohistochemiczne	
	badania molekularne (ocena stanu genu BRCA)	

<b>03.0000.352.02</b>	<b>Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	oddział anestezjologii i intensywnej terapii - dostęp
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie otolaryngologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	USG	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	

<b>03.0000.354.02</b>	<b>Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK	
	EKG	
	ECHO serca	
	RTG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie cytomorfologiczne szpiku	
	badanie cytogenetyczne szpiku	
	oznaczenie stężenia białka M w surowicy i moczu (elektroforeza, immunofiksacja)	
	pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a)	

<b>03.0000.355.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	badanie endoskopowe	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, mikrobiologiczne, morfologia krwi z rozmazem, test Quantiferon, badanie ogólne moczu, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	

<b>03.0000.356.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1244	poradnia radioterapii
	1640	poradnia urologiczna
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4244	oddział radioterapii
	4640	oddział urologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub urologii, lub radioterapii onkologicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	przeprowadzenie w lokalizacji wielospecjalistycznej konsultacji z udziałem lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej – w przypadku realizacji programu przez lekarzy specjalistów w dziedzinie radioterapii onkologicznej lub urologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK	
	MRI	
	RTG	
	scyntygrafia	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania molekularne (ocena stanu genu BRCA)	
	badania molekularne (ocena stanu genów HRR (BRCA2, ATM, CDK12, CHECK2, BRCA1, PALB2, RAD51C))	
pozostałe	badanie histopatologiczne	
	w przypadku udzielania świadczeń w oddziale urologicznym, w poradni urologicznej lub oddziale leczenia jednego dnia o profilu urologii świadczeniodawca musi posiadać pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie urologii	

<b>03.0000.357.02</b>	<b>Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1220	poradnia neurologiczna
	1300	poradnia rehabilitacyjna
	1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu
	1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej
	2300	zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej
	4220	oddział neurologiczny
	4300	oddział rehabilitacyjny
	4302	oddział rehabilitacji narządu ruchu
	4306	oddział rehabilitacji neurologicznej
organizacja udzielania świadczeń	ODDZIAŁ	TAK (dotyczy wyłącznie oddziałów o kodach resortowych: 4300, 4302, 4306)
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej lub rehabilitacji narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnoustrojowej w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza lub w ramach umowy o udzielanie świadczeń w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej
lekarze	Lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub rehabilitacji medycznej z co najmniej rocznym doświadczeniem w prowadzeniu leczenia toksyną botulinową, potwierdzonym pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii lub rehabilitacji medycznej albo lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub rehabilitacji medycznej, którzy odbyli co najmniej dwa kursy z podawania toksyny botulinowej w leczeniu spastyczności po przebytym udarze mózgu, potwierdzone certyfikatem, w dwóch różnych ośrodkach rekomendowanych przez Polskie Towarzystwo Neurologiczne lub Polskie Towarzystwo Rehabilitacji	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne - INR	

<b>03.0000.358.02</b>	<b>Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	tomografia komputerowa	
	badania immunohistochemiczne: stopień ekspresji PD-L1 z CPS (combined positive score) oraz potwierdzające występowanie choroby resztkowej	
	badania histopatologiczne	
	badania molekularne (ocena stanu genu HER 2)	
	test ciążowy	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badania układu krzepnięcia, badania ogólne moczu, hormonalne)	

<b>03.0000.359.02</b>	<b>Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1243	poradnia chemioterapii dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4240	oddział onkologiczny
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4243	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii onkologicznej	
	dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii dziecięcej	
pielęgniarki	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów - w lokalizacji
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, radioterapii onkologicznej
	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
zapewnienie realizacji badań	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hematologiczne, hormonalne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	scyntygrafia	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	
	ocena obecności mutacji BRAF V600	
pozostałe	ocena ekspresji PDL1	
	w przypadku świadczeniodawcy prowadzącego leczenie pacjentów dorosłych wymagane jest doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na czerniaka (co najmniej 50 chorych rocznie - dotyczy oferenta)	



<b>03.0000.361.02</b>	<b>Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub nefrologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub nefrologii dziecięcej lub pediatrii metabolicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - nefrologii lub nefrologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, chorób płuc lub chorób płuc dla dzieci, pediatrii metabolicznej, gastroenterologii dziecięcej lub gastroenterologii; b) dorośli – nefrologii, neurologii, okulistyki, endokrynologii, chorób płuc, gastroenterologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badanie okulistyczne (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym	
	spirometria	

<b>03.0000.362.02</b>	<b>Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1080	poradnia immunologiczna
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4070	oddział hematologiczny
	4080	oddział immunologii klinicznej
	4272	oddział chorób płuc
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób wewnętrznych
	HC.1.2.	
	07	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie immunologii klinicznej lub chorób wewnętrznych, lub chorób płuc, lub hematologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie immunologii klinicznej – w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w realizacji procedury przetaczania immunoglobulin u pacjentów dorosłych	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, immunologiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	USG	
	RTG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	

<b>03.0000.364.02</b>	<b>Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	
	HC.1.1. lub HC.1.2.	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	117	
	ODDZIAŁ	
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub pediatrii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, neurochirurgii, onkologii i hematologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, genetyki klinicznej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej
		dostęp do konsultacji psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wyposażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

<b>03.0000.365.02</b>	<b>Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4658	oddział transplantacji szpiku
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dla terapii tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu - wykwalifikowany ośrodek posiadający certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dla terapii tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu - doświadczenie w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolenie w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny	
	EKG	

	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)
	badanie cytomorfologiczne szpiku
	badanie cytometrii przepływowej krwi lub szpiku
	badanie cytogenetyczne szpiku lub krwi obwodowej
	badanie molekularne RT-PCR szpiku lub krwi obwodowej

<b>03.0000.366.02</b>	<b>Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1200	poradnia dermatologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1243	poradnia chemioterapii dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4072	oddział nowotworów krwi
	4200	oddział dermatologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub dermatologii i wenerologii lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii - w przypadku realizacji programu na oddziale dermatologicznym lub oddziale dermatologicznym z poradnią dermatologiczną lub na oddziale leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii

pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	
	badania histopatologiczne	
	badanie immunohistochemiczne (antygen CD30)	
	RTG	
	EKG	
	USG	
	tomografia komputerowa lub PET/TK	
	rezonans magnetyczny	

<b>03.0000.367.02</b>	<b>Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu reumatologii
	HC.1.1 lub HC 1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	program może być realizowany: 1) na oddziale reumatologicznym z poradnią reumatologiczną lub 2) oddziale reumatologicznym dla dzieci z poradnią reumatologiczną dla dzieci, lub 3) na oddziale pediatrycznym o profilu reumatologii z poradnią reumatologiczną dla dzieci - wyłącznie w zakresie leczenia miopatii zapalnych tj. zapalenia skórno-mięśniowego oraz zapalenia wielomięśniowego; co najmniej dwa stanowiska intensywnej opieki medycznej – w lokalizacji – wpis w rejestrze: łóżka intensywnej opieki medycznej;
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub reumatologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	REZONANS MAGNETYCZNY (bez i po podaniu kontrastu)	
	EMG	
	badania laboratoryjne: - hematologiczne i biochemiczne, - badania immunologiczne (oznaczenie stężenia immunoglobulin w klasach IgG, IgM i IgA, oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych, oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4), oznaczenie przeciwciał anty-NMDA), - badanie płynu mózgowo-rdzeniowego	
	wzrokowe potencjały wywołane	



<b>03.0000.370.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1600	poradnia okulistyczna
	4600	oddział okulistyczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu okulistyki
	HC.1.2.	
	23	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	gabinet zabiegowy lub sala operacyjna w lokalizacji oddziału lub gabinet zabiegowy w lokalizacji poradni
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji diabetologicznej lub lekarza chorób wewnętrznych
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	ostrość wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS - w miejscu	
	OCT (optyczna koherentna tomografia) - w lokalizacji	
	fotografia dna oka - w lokalizacji	
	angiografia fluoresceinowa - zapewnienie dostępu	
	angio-OCT - w lokalizacji	

<b>03.0000.371.02</b>	<b>Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1056	poradnia hepatologiczna
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1340	poradnia chorób zakaźnych
	1341	poradnia chorób zakaźnych dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4340	oddział chorób zakaźnych
	4341	oddział chorób zakaźnych dla dzieci
	4348	oddział obserwacyjno-zakaźny
	4349	oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4654	oddział transplantacji wątroby
	4655	oddział transplantacji wątroby dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób zakaźnych lub transplantologii klinicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	elastografia wątroby (wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy kPa, wskaźnik APRI lub FIB-4)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową i jakościową)	

<b>03.0000.373.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z neurogeną nadreaktywnością wypieracza</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1640	poradnia urologiczna
	1641	poradnia urologiczna dla dzieci
	4640	oddział urologiczny
	4641	oddział urologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu urologii dla dzieci
	HC.1.2.	
	35	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	sala endoskopowa - w lokalizacji
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie urologii lub urologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	Dorośli: dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii, gastroenterologii, okulistyki; Dzieci: dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii dziecięcej, gastroenterologii dziecięcej, okulistyki;
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, bakteriologiczne)	
	pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji	
	badanie urodynamiczne	
wyposażenie w sprzęt - w lokalizacji	USG lub aparat typu bladder scan	
	aparat do badań urodynamicznych	
	cytoskop z oprzyrządowaniem do iniekcji dopęcherzowych	
	aparat do znieczuleń	

<b>03.0000.374.02</b>	<b>Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1100	poradnia kardiologiczna
	1272	poradnia chorób płuc
	4100	oddział kardiologiczny
	4272	oddział chorób płuc
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	pracownia hemodynamiczna pozwalająca na wykonanie cewnikowania prawego i lewego serca pod kontrolą RTG
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub kardiologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	MRI	
	TK wysokiej rozdzielności z możliwością wykonania angio-CT	
	echokardiografia dopplerowska	
	arteriografia tętnic płucnych	
	scyntygrafia perfuzyjna płuc	
	badania laboratoryjne (hematologiczne, biochemiczne, ocena układu krzepnięcia, badania serologiczne, troponina, NT-pro-BNP)	

<b>03.0000.375.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1080	poradnia immunologiczna
	1081	poradnia immunologiczna dla dzieci
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	1610	poradnia otorynolaryngologiczna
	1611	poradnia otolaryngologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu reumatologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	67	
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu nefrologii lub nefrologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	57 lub 122	
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu chorób płuc lub chorób płuc dzieci
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	42 lub 115	
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4080	oddział immunologii klinicznej
	4081	oddział immunologii klinicznej dla dzieci
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4670	oddział jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4670	oddział jednego dnia o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	4670	oddział jednego dnia o profilu nefrologii lub nefrologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	122	
	57	oddział jednego dnia o profilu chorób płuc lub chorób płuc dzieci
	4670	
	HC.1.2.	
	42	oddział jednego dnia o profilu alergologii
	115	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu otorynolaryngologicznym
	36	
	4670	
	H.C.1.2.	

	26	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub nefrologii lub nefrologii dziecięcej, lub chorób wewnętrznych, lub chorób płuc lub chorób płuc dzieci, lub immunologii klinicznej, lub alergologii, lub alergologii dziecięcej, lub otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, immunologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	
	RTG	
	spirometria	
	ECHO serca	
	EKG	

<b>03.0000.376.02</b>	<b>Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1027	poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii metabolicznej – dotyczy dzieci dostęp do konsultacji dietetycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	USG	
	badania okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej	

<b>03.0000.377.02</b>	<b>Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1243	poradnia chemioterapii dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4240	oddział onkologiczny
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa lub PET-CT	
	badania histopatologiczne	
	badanie immunohistochemiczne (antygen CD30)	



<b>03.0000.379.02</b>	<b>Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa lub RTG i USG	
	badania na obecność HBsAg i HBcAb	
	badanie cytomorfologiczne szpiku (antygen CD20)	
	badania cytogenetyczne i molekularne (delecja 17p lub mutacja w genie TP53)	
	badanie cytometrii przepływowej krwi lub szpiku (antygen CD20)	

<b>03.0000.381.02</b>	<b>Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii o profilu hematologii
	HC.1.1.	
	50	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	50	
	ODDZIAŁ	
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	trepanobiopsja szpiku	
	badania molekularne (JAK2, CALR,MPL)	
	badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.382.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	MR	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

<b>03.0000.385.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	PET/CT	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.386.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1080	poradnia immunologiczna
	1081	poradnia immunologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.1.1. lub HC.1.2.	
	52	
	4071	
	HC.1.1.1. lub HC.1.2.	oddział hematologiczny dla dzieci o profilu immunologii klinicznej
	52	
	4080	
	4081	
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1.1. lub HC.1.2.	
	52	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	ośrodek posiadający doświadczenie w zakresie diagnostyki, leczenia oraz opieki nad chorymi z zespołami autozapalnymi
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie immunologii klinicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodoncją lub stomatologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem na oddziale immunologii klinicznej lub immunologii klinicznej dla dzieci, lub w poradni immunologii klinicznej, lub immunologii klinicznej dla dzieci	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, immunologiczne, serologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	USG	
	RTG	
	badanie słuchu	
	badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka)	
	rezonans magnetyczny	
	echo serca	

<b>03.0000.387.02</b>	<b>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4272	oddział chorób płuc
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc z co najmniej 5-letnią praktyką w diagnostyce i leczeniu chorób śródmiąższowych płuc	
lekarze	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii z doświadczeniem w różnicowaniu śródmiąższowych chorób płuc, z co najmniej 5-letnią praktyką w specjalistycznym ośrodku chorób płuc zajmującym się leczeniem chorób śródmiąższowych płuc - w lokalizacji
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty patomorfologii w przypadku konieczności potwierdzenia rozpoznania za pomocą badania histopatologicznego materiału z biopsji płuc
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości	
	spirometria	
	pojemność dyfuzyjna CO (DLco)	
	ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie biopsji płuca	

<b>03.0000.388.02</b>	<b>Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnocomórkowego skóry</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1200	poradnia dermatologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4200	oddział dermatologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	świadczeniodawca z doświadczeniem w leczeniu raka podstawnocomórkowego skóry: a) co najmniej 20 zabiegów usunięcia zmiany nowotworowej przeprowadzonych w trybie hospitalizacji lub b) wykonanie zabiegów radioterapii związanych z leczeniem raka podstawnocomórkowego skóry u co najmniej 15 pacjentów - w trakcie 12 miesięcy poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej; dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów albo dermatologii i wenerologii - w przypadku, gdy program jest realizowany bez udziału lekarzy takiej specjalizacji.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV, morfologia krwi z rozmazem)	
	badanie histopatologiczne	
	fotografia widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala)	

<b>03.0000.389.02</b>	<b>Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowe z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub onkologii klinicznej, lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji specjalisty w dziedzinie neurochirurgii w celu potwierdzenia braku możliwości leczenia chirurgicznego
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	MRI	
	TK	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, serologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania genetyczne (gen TSC1, TSC2)	



<b>03.0000.390.02</b>	<b>Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Sekcji Chorób Pozapiramidowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii dotyczącą realizacji przedmiotowego programu lekowego
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurochirurgii, gastroenterologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MRI	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie układu krzepnięcia)	

<b>03.0000.395.02</b>	<b>Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4652	oddział transplantacji nerek
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do dializoterapii i plazmaferezy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii dziecięcej lub nefrologii, lub transplantologii klinicznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: nefrologii lub nefrologii dziecięcej - w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, chorób płuc lub chorób płuc dzieci, gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej, genetyki klinicznej, immunologii klinicznej
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne pozwalające na określenie funkcji nerek, wątroby, trzustki - wymienione w opisie programu)	
	badanie aktywności ADAMTS13	
	BADANIE STEC (PCR lub hodowla bakteryjna)	
	oznaczenie stężenia haptoglobiny lub liczby schistocytów	
	test Coombsa	
	oznaczenie przeciwciał przeciw czynnikowi H (anty CFH)	
	oznaczenie stężenia białek dopełniacza w surowicy	
	oznaczenie troponin sercowych	
	USG, EKG, echo serca	
	rezonans magnetyczny z angiografią lub tomografia komputerowa	
pozostałe	badania genetyczne	
	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii lub nefrologii dziecięcej	

<b>03.0000.396.02</b>	<b>Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub H.C.1.2	
	60	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: nefrologii lub nefrologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, chorób płuc lub chorób płuc dla dzieci, gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej, chirurgii ogólnej lub chirurgii dziecięcej, chirurgii naczyniowej, genetyki klinicznej, immunologii klinicznej
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem; biochemiczne pozwalające na określenie funkcji nerek, wątroby, trzustki; koagulologiczne, jonogram - wymienione w opisie programu)	
	badanie cytofluorometrii przepływowej pod kątem obecności klonu PNH	
	oznaczenie grupy krwi	
	oznaczenie stężenia haptoglobiny, test Coombsa	
	oznaczenie stężenia białek dopełniacza w surowicy	
	oznaczenie troponin sercowych	
	USG dopplerowskie, EKG, echo serca	
	rezonans magnetyczny z angiografią lub tomografia komputerowa	

	badania genetyczne
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej dotyczącą realizacji przedmiotowego programu lekowego

<b>03.0000.397.02</b>	<b>Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne: morfologia krwi z rozmazem, badania oceniające liczbę i stan funkcjonalny płytek krwi, parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita), badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, oznaczenie stężenia immunoglobulin (IgG, IgA, IgM)	
	biopsja aspiracyjna i trepanobiopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie	
	EKG	

<b>03.0000.398.02</b>	<b>Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny*
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, badania oceniające liczbę i stan funkcjonalny płytek krwi; parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita)	
	biopsja aspiracyjna i trepanobiopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie	
pozostałe	*W przypadku udzielania świadczeń na oddziale pediatrycznym świadczeniodawca musi posiadać pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. Wymóg uzyskania pozytywnej opinii nie dotyczy oddziału pediatrycznego o profilu onkologii i hematologii dziecięcej.	

<b>03.0000.399.02</b>	<b>Leczenie akromegalii</b>
-----------------------	-----------------------------

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1030	poradnia endokrynologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	4030	oddział endokrynologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny (przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki)	
	USG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (oznaczenie stężenia: hormonu wzrostu, IGF-1, sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR; ocena czynności nadnerczy i tarczycy, ocena stężenia glukozy, odsetek hemoglobiny glikowanej, AspAT i AlAT )	

<b>03.0000.401.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1021	poradnia diabetologiczna dla dzieci
	1027	poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1100	poradnia kardiologiczna
	1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
	1104	poradnia nadciśnienia tętniczego
	1401	poradnia pediatryczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4001	oddział chorób wewnętrznych dla dzieci
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4021	oddział diabetologiczny dla dzieci
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4100	oddział kardiologiczny
	4101	oddział kardiologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4560	oddział kardiochirurgiczny
	4561	oddział kardiochirurgiczny dla dzieci
	4670 HC.1.2. 07	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób wewnętrznych
	4670 HC.1.2. 53	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii
	4671 HC.1.2. 123	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	4671 HC.1.2. 28	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	4671 HC.1.2. 54	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	4671 HC.1.2. 43	oddział leczenia jednego dla dzieci dnia o profilu diabetologii
	4671 HC.1.2. 117	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE



	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie kardiologii lub chorób wewnętrznych dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub kardiologii dziecięcej lub pediatrii metabolicznej lub diabetologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	lipidogram	
	badania laboratoryjne - biochemiczne	
	badania genetyczne potwierdzające występowanie HoFH - zapewnienie dostępu	
	elastografia wątroby lub inne badanie pozwalające wykryć stłuszczeniowe zapalenie i zwłóknienie wątroby - zapewnienie dostępu	
pozostałe	dorośli - świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii potwierdzającą wystarczające doświadczenie w leczeniu zaburzeń lipidowych dzieci - świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej potwierdzającą wystarczające doświadczenie w leczeniu zaburzeń lipidowych	

<b>03.0000.402.02</b>	<b>Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	oddział anestezjologii i intensywnej terapii - w lokalizacji; w przypadku leczenia noworodków terapią genową: oddział neonatologiczny - posiadający w strukturze łóżka intensywnej terapii noworodka - zapewnienie dostępu
lekarze	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci - lekarze specjaliści neurologii dziecięcej z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	1) dorośli - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: ortopedii i traumatologii narządu ruchu; gastroenterologii; rehabilitacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii; 2) dzieci - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: pulmonologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu; gastroenterologii dziecięcej; rehabilitacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii dostęp do konsultacji dietetycznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania genetyczne pozwalające na potwierdzenie delekcji lub mutacji genu SMN1 oraz liczby kopii genu SMN2	
	EKG (tylko dla ośrodków pediatrycznych)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi, badanie moczu, test ciążowy)	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej potwierdzającą doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych	

<b>03.0000.404.02</b>	<b>Leczenie choroby Fabry'ego</b>
-----------------------	-----------------------------------

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1100	poradnia kardiologiczna
	1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4100	oddział kardiologiczny
	4101	oddział kardiologiczny dla dzieci
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu choroby wewnętrzne
	HC.1.2. 07	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	HC.1.2. 28	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	HC.1.2. 123	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologicznym
	HC.1.2. 22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologicznym dla dzieci
	HC.1.2. 58	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologicznym
	HC.1.2. 57	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu nefrologicznym dla dzieci
	HC.1.2. 122	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologicznym
	HC.1.2. 53	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu kardiologicznym dla dzieci
	HC.1.2. 54	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologicznym

	HC.1.2. 44	
	4671 HC.1.2. 117	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
lekarze	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub kardiologii, lub nefrologii lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej, lub kardiologii dziecięcej, lub nefrologii dziecięcej lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, nefrologii, neurologii
	pielęgniarki	
zapewnienie realizacji badań	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	USG	
	rezonans magnetyczny	
	EKG + EKG metodą Holtera	
	echokardiografia	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi, biochemiczne, enzymatyczne, w tym oznaczenie biomarkera lizo-GL-3*)	
	oznaczenie wskaźnika eGFR	
uwagi	badania genetyczne	
	*oświadczenie świadczeniodawcy dot. zapewnienia wykonania oznaczenia biomarkera lizo-GL-3 u wszystkich pacjentów kwalifikujących się do leczenia w programie - zgodnie z opisem programu lekowego B.104.	

<b>03.0000.405.02</b>	<b>Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1600	poradnia okulistyczna
	4600	oddział okulistyczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu okulistyki
	HC.1.2.	
	23	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki z doświadczeniem w prowadzeniu leczenia błony naczyniowej oka potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	ostrość wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS - w miejscu	
	OCT (optyczna koherentna tomografia), angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT - w lokalizacji	
	USG gałki ocznej typu B - w lokalizacji	
	MRI, EKG, RTG, badania laboratoryjne wymienione w opisie programu lekowego- zapewnienie dostępu	

<b>03.0000.406.02</b>	<b>Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1056	poradnia hepatologiczna
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1340	poradnia chorób zakaźnych
	1341	poradnia chorób zakaźnych dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4340	oddział chorób zakaźnych
	4341	oddział chorób zakaźnych dla dzieci
	4348	oddział obserwacyjno-zakaźny
	4349	oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4654	oddział transplantacji wątroby
	4655	oddział transplantacji wątroby dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób zakaźnych lub transplantologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku HBV)	

<b>03.0000.407.02</b>	<b>Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	9	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	9	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób wewnętrznych
	HC.1.2.	
	7	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	HC.1.2.	
	28	

	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii, lub dermatologii i wenerologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, TSH, CRP)	



<b>03.0000.408.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki, w przypadku realizacji świadczeń poza poradnią/oddziałem endokrynologicznym - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.409.02</b>	<b>Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub endokrynologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii metabolicznej lub pediatrii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	oznaczenie stężenia karnityny wolnej i całkowitej w surowicy lub suchej kropli krwi na bibule metodą tandemowej spektrometrii mas (tj. MS/MS) - zapewnienie dostępu	

<b>03.0000.410.02</b>	<b>Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatriczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	oddział anestezjologii i intensywnej terapii - w lokalizacji
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (hematologiczne, biochemiczne, układu krzepnięcia, oznaczanie markerów nowotworowych: NSE, LDH, katecholaminy)	
	tomografia komputerowa, MRI, scyntygrafia z użyciem MIBG, PET-CT	
pozostałe	liczba dzieci z neuroblastoma leczonych przez ośrodek wynosi co najmniej 5 w ostatnich pięciu latach	

<b>03.0000.411.02</b>	<b>Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu endokrynologii
	HC.1.1.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii dziecięcej
	HC.1.1.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - okulistyki, neurochirurgii, diabetologii, neurologii lub neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej b) dorośli – okulistyki, neurologii, neurochirurgii, onkologii klinicznej, hematologii, diabetologii, kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	USG serca	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3, kortyzolu, ACTH, TSH, FT4, insuliny)	
	badania genetyczne	
Wypożyczenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (wzrostomierz, waga lekarska, centymetr) - w lokalizacji	
	aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi - w lokalizacji	

pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie endokrynologii potwierdzającą doświadczenie w diagnostyce i leczeniu pacjentów z niedoczynnością przysadki
-----------	---

<b>03.0000.412.02</b>	<b>Leczenie chorych na mukowiscydozę</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1276	poradnia leczenia mukowiscydozy
	1277	poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4401	oddział pediatryczny
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do pielęgniarek/ fizjoterapeutów przeszkolonych w zakresie fizjoterapii chorych na mukowiscydozę
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub chorób płuc dzieci, lub pediatrii posiadający co najmniej 2 letnie doświadczenie w leczeniu chorych na mukowiscydozę	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	spirometria	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badanie bakteriologiczne	

<b>03.0000.413.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobami nerek</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1130	poradnia nefrologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji dietetycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie moczu)	

<b>03.0000.414.02</b>	<b>Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	ECHO serca	
	RTG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, koagulogram, biochemiczne, badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B - w tym HBsAg, HBcAg)	
	badanie na obecność mutacji FLT3 (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD.] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD])	
	badanie potwierdzające obecność mutacji R132 w genie IDH1	
	badanie immunofenotypowe potwierdzające ekspresję antygenu CD33 na komórkach blastycznych	



<b>03.0000.415.02</b>	<b>Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	ECHO	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie molekularne w kierunku obecności transkryptu (obecność mutacji D816V) w genie KIT	
	badanie immunofenotypowe w kierunku obecności klonalnych komórek tucznych (CD2, CD25, CD117)	

<b>03.0000.417.02</b>	<b>Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii onkologicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów - w lokalizacji
	lekarze specjaliści w dziedzinie radioterapii onkologicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu - w lokalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hematologiczne, hormonalne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	
pozostałe	wymagane jest doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na raka z komórek Merkla (co najmniej 5 chorych w okresie 2 lat - dotyczy oferenta)	

<b>03.0000.418.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1030	poradnia endokrynologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	4030	oddział endokrynologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny	
	USG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne, hormonalne)	

<b>03.0000.419.02</b>	<b>Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1030	poradnia endokrynologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4030	oddział endokrynologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	w przypadku realizacji świadczeń poza poradnią/oddziałem endokrynologicznym - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	scyntygrafia	
	RTG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	

<b>03.0000.421.02</b>	<b>Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastennicznym Lamberta-Eatona</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie ginekologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	USG, TK, EKG	
	rezonans magnetyczny	
	badania elektrofizjologiczne	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	

<b>03.0000.422.02</b>	<b>Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii lub chorób płuc	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii lub chorób płuc lub pediatrii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, INR, APTT)	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie alergologii	

<b>03.0000.423.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	1056	poradnia hepatologiczna
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologicznym
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologicznym
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub gastroenterologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii dziecięcej lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub gastroenterologii - w przypadku realizacji programu dla dorosłych bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii dziecięcej lub gastroenterologii dziecięcej - w przypadku realizacji programu dla dzieci bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii, okulistyki, psychiatrii dziecięcej b) dorośli – okulistyki, psychiatrii.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie	USG	

realizacji badań	rezonans magnetyczny
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)



<b>03.0000.424.02</b>	<b>Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	9	
	4671	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii dla dzieci
	HC.1.2.	
	9	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	4671	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	36	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub alergologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	

<b>03.0000.425.02</b>	<b>Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1200	poradnia dermatologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4200	oddział dermatologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	świadczeniodawca z doświadczeniem w leczeniu raka kolczystokomórkowego skóry: a) co najmniej 20 zabiegów usunięcia zmiany nowotworowej przeprowadzonych w trybie hospitalizacji i/lub w trybie ambulatoryjnym lub b) wykonanie zabiegów radioterapii związanych z leczeniem raka kolczystokomórkowego skóry u co najmniej 15 pacjentów - w trakcie 12 miesięcy poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej; dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów albo dermatologii i wenerologii - w przypadku, gdy program jest realizowany bez udziału lekarzy takiej specjalizacji.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badanie histopatologiczne	
	fotografia widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala)	

<b>03.0000.426.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1130	poradnia nefrologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	

<b>03.0000.427.02</b>	<b>Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	biopsja aspiracyjna szpiku, trepanobiopsja	
	badanie cytogenetyczne	

<b>03.0000.428.02</b>	<b>Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1020	poradnia diabetologiczna
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4020	oddział diabetologiczny
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	118	
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii lub Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej potwierdzającą doświadczenie w diagnostyce i leczeniu pacjentów z ostrą porfirią wątrobową
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub	

	onkologii i hematologii dziecięcej, lub gastroenterologii dziecięcej, lub endokrynologii, lub diabetologii, lub chorób wewnętrznych	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na ostrą porfirię wątrobową udokumentowane sprawowaniem opieki medycznej nad chorymi na ostrą porfirię wątrobową
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie porfobilinogenu (PBG) i kwasu delta-aminolewulinowego (ALA) w moczu i osoczu	
	badania genetyczne mutacji w genach związanych z ostrą porfirią wątrobową, tj. HMBS, CPOX, PPOX oraz w genach homozygotycznych lub złożonych genach heterozygotycznych ALAD	

<b>03.0000.429.02</b>	<b>Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu nefrologii
	HC.1.1. lub H.C.1.2	
	57	
	4401	oddział pediatryczny o profilu nefrologii dziecięcej
	HC.1.1. lub H.C.1.2	
	122	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	122	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii lub chorób wewnętrznych	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii dziecięcej lub nefrologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne, układ krzepnięcia, gazometria krwi żyłnej, badanie ogólne moczu)	
	ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem	
	badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV	
	badanie DNA dla określenia mutacji genu AGXT	
	USG układu moczowego	

<b>03.0000.430.02</b>	<b>Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania genetyczne pozwalające na potwierdzenie mutacji nonsensownej genu dystrofiny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie moczu)	



<b>03.0000.431.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	

<b>03.0000.432.02</b>	<b>Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1073	poradnia nowotworów krwi dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4072	oddział nowotworów krwi
	4073	oddział nowotworów krwi dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4658	oddział transplantacji szpiku
	4659	oddział transplantacji szpiku dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub transplantologii klinicznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	w przypadku realizacji świadczeń przez lekarzy specjalistów w dziedzinie hematologii albo w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej dostęp do konsultacji specjalisty w dziedzinie transplantologii klinicznej
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	oznaczenie CMV IgG i IgM	
	ilościowe badanie CMV DNA	

<b>03.0000.433.02</b>	<b>Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	co najmniej 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii spełniających odrębnie poniższe wymagania: a) lekarz specjalista posiadający certyfikat Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy, potwierdzający umiejętności rozpoznawania i leczenia migreny przewlekłej oraz b) lekarz specjalista posiadający udokumentowane umiejętności podawania toksyny botulinowej w migrenie przewlekłej potwierdzone pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu

<b>03.0000.434.02</b>	<b>Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania obrazowe (RTG lub TK lub MRI)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badania histopatologiczne lub cytologiczne	

<b>03.0000.435.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4272	oddział chorób płuc
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji pulmonologicznej lub lekarza chorób płuc lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii – w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV, profil ANA obejmujący m.in. anty-Scl-70, przeciwciała antycentromerowe i przeciwko polimerazie RNA III, oznaczenie przeciwciał aCCP, c-ANCA i p-ANCA )	
	kapilaroskopia, pletyzmografia	
	EKG	
	ECHO serca	
	TK klatki piersiowej	
	spirometria oraz zdolność dyfuzyjna płuc dla CO (TLCO)	

<b>03.0000.436.02</b>	<b>Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4274	oddział leczenia gruźlicy
	4275	oddział leczenia gruźlicy dla dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub lekarze chorób płuc u dzieci	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	
	test na obecność wirusa HIV	
	badanie płwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub testu molekularnego XDR-TB lub MDR-TB	
	badania czynności wątroby	

<b>03.0000.437.02</b>	<b>Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1650	poradnia transplantologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4652	oddział transplantacji nerek
	4650	oddział transplantologiczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	Świadczeniodawcy wykonujący średnio co najmniej 25 przeszczepień nerki rocznie, w okresie 3 lat poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz posiadający min. 10-letnie doświadczenie w prowadzeniu biorców przeszczepu. W przypadku świadczeniodawców zabezpieczających świadczenia opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 powyższy warunek podlega weryfikacji na podstawie okresu 3 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania konkursowego, w których świadczeniodawca nie miał obowiązku zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie transplantologii klinicznej lub nefrologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, immunologiczne, histopatologiczne)	
	EKG	

<b>03.0000.438.02</b>	<b>Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	58	
	4671	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	58	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie ogólne moczu)	



<b>03.0000.439.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	4030	oddział endokrynologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do pracowni lub zakładu medycyny nuklearnej (7950)
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR	
	SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) – metodą PET/CT z [68Ga]Ga-SSA lub SPECT/CT z [99mTc]Tc-SSA; PET/CT z [18F]F-FDG	
	scyntygrafia	
	badania histopatologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.440.02</b>	<b>Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu moczniowego</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii lub endokrynologii lub gastroenterologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej lub neurologii dziecięcej lub endokrynologii dziecięcej lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub neurologii dziecięcej oraz do konsultacji dietetycznej, psychologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne, genetyczne)	

<b>03.0000.441.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1640	poradnia urologiczna
	4240	oddział onkologiczny
	4640	oddział urologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów lub urologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	przeprowadzenie w lokalizacji wielospecjalistycznej konsultacji z udziałem lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej – w przypadku realizacji programu przez lekarzy specjalistów w dziedzinie urologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	

<b>03.0000.442.02</b>	<b>Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie molekularne	

<b>03.0000.443.02</b>	<b>Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1401	poradnia pediatria
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatria
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub neurologii dziecięcej oraz do konsultacji dietetycznej, psychologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	EKG	

<b>03.0000.444.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1401	poradnia pediatryczna
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do oddziału chirurgii onkologicznej lub chirurgii onkologicznej dla dzieci, lub chirurgii dziecięcej o profilu chirurgii onkologicznej, lub chirurgii ogólnej o profilu chirurgii onkologicznej, lub chirurgii klatki piersiowej o profilu chirurgii onkologicznej oraz oddziału lub zakładu radioterapii
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badanie histologiczne lub cytologiczne	
	Badanie potwierdzające obecność fuzji genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu sekwencjonowania kolejnej generacji (NGS, next-generation sequencing) wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu	
	TK lub MRI	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej lub Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	

<b>03.0000.445.02</b>	<b>Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	wykazanie amyloidu za pomocą barwienia dowolnego materiału tkankowego czerwienią Kongo	
	bezpośrednie typowanie amyloidu wykazujące obecność fragmentów łańcuchów lekkich immunoglobulin	
	oznaczanie stężenia białka M metodą elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu	
	oznaczanie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC)	
	wykazanie obecności klonalnych plazmocytów w szpiku czy innych tkankach (badanie histopatologiczne lub cytometryczne)	
	oznaczenie stężenia NT-proBNP	
	oznaczenie stężenia troponiny T lub troponiny I	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	ECHO serca	
	USG	
	EKG	
	MRI	
	pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a)	

<b>03.0000.446.02</b>	<b>Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny lub RTG i USG	
	badania na obecność HBsAg i HBcAb	
	trepanobiopsja szpiku wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym klinalny nacieki chłoniaka limfoplazmocytozy	
	EKG	



<b>03.0000.447.02</b>	<b>Leczenie chorych na depresję lekooporną</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	4700	oddział psychiatryczny
	2700	oddział dzienny psychiatryczny (ogólny)
	1700	poradnia zdrowia psychicznego
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ DZIENNY	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ DZIENNY Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM DZIENNYM	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM DZIENNYM ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	Świadczeniodawca realizuje świadczenia w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych lub świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych lub świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, lub realizuje umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego
lekarze	lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badanie psychiatryczne	
	badania laboratoryjne	

<b>03.0000.448.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka endometrium</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1460	poradnia ginekologii onkologicznej
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4460	oddział ginekologii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu ginekologii onkologicznej
	HC.1.2.	
	49	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub ginekologii onkologicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	TK lub MR	
	EKG	

<b>03.0000.449.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
organizacja udzielania świadczeń	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4650	oddział transplantologiczny
	4658	oddział transplantacji szpiku
	4659	oddział transplantacji szpiku dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej lub transplantologii klinicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.450.02</b>	<b>Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1130	poradnia nefrologiczna
	1200	poradnia dermatologiczna
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4130	oddział nefrologiczny
	4200	oddział dermatologiczny
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub nefrologii lub dermatologii i wenerologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG, TK, USG,	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	
	badania immunohistochemiczne	
	EMG, ECHO serca, EKG	

<b>03.0000.451.02</b>	<b>Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub nefrologii dziecięcej lub pediatrii metabolicznej lub endokrynologii dziecięcej i diabetologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	

<b>03.0000.452.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	1056	poradnia hepatologiczna
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	HC.1.2.	
	28	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologicznym
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej lub pediatrii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania obrazowe wątroby	
	badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4	
	potwierdzenie w badaniach genetycznych PFIC-1 w genie ATP8B lub PFIC-2 w genie ABCB11	
	badania laboratoryjne (biochemiczne), INR	

<b>03.0000.453.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	58	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (AIAT, ASPAT, bilirubina całkowita)	

<b>03.0000.454.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (AIAT, ASPAT, bilirubina całkowita), badanie echokardiograficzne	



<b>03.0000455.02</b>	<b>Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)</b>
----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	1000*	poradnia chorób wewnętrznych
	1280*	poradnia reumatologiczna
	4280*	oddział reumatologiczny
	4000*	oddział chorób wewnętrznych
	4401	oddział pediatriczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	Dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	
	Dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub chorób wewnętrznych	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki i dermatologii
	pielęgniarki	
zapewnienie realizacji badań	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	MR (ocena wolumetryczna PN)	
	echokardiografia	
	ocena okulistyczna	
	badania laboratoryjne (ALAT, ASPAT, albuminy, bilirubina)	
	ocena zmian skórnych i zaburzeń tk. podskórnej	
pozostałe	ocena krzepliwości (INR, czas protrombinowy)	
	*W komórkach organizacyjnych o kodach: 1000,1280,4280,4000 możliwa jest wyłącznie kontynuacja leczenia pacjentów, którzy osiągnęli pełnoletność w trakcie leczenia w programie lekowym	

<b>03.0000.456.02</b>	<b>Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1610	poradnia otorynolaryngologiczna
	4670 H.C.1.2. 26	oddział leczenia jednego dnia o profilu otorynolaryngologicznym
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarz specjalista w dziedzinie otorynolaryngologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (IgE, kreatynina, mocznik, CRP, ALT, AST)	
	TK	
	badanie endoskopowe	
	badania diagnostyczne wykluczające obecność pasożytów	

<b>03.0000.457.02</b>	<b>Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	4670 HC.1.2. 22	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.458.02</b>	<b>Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1401	poradnia pediatryczna
	4000 HC.1.1. lub HC.1.2. 43 lub 44 lub 123	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670 HC.1.2. 07	oddział leczenia jednego dnia o profilu choroby wewnętrzne
	4671 HC.1.2. 28	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	4671 HC.1.2. 123	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	4670 HC.1.2. 44	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologicznym
	4671 HC.1.2. 117	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	4670 HC.1.2. 50	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	4671 HC.1.2. 60	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	4670 HC.1.2. 42	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	4671 HC.1.2. 115	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób płuc dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK

	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub endokrynologii lub hematologii lub chorób płuc	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub onkologii i hematologii dziecięcej lub chorób płuc dzieci	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: chorób płuc lub chorób płuc dzieci, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii lub neurologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	MRI	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	
	badania spirometryczne	
	badania densytometryczne	

<b>03.0000.459.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka szyjki macicy</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1460	poradnia ginekologii onkologicznej
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4460	oddział ginekologii onkologicznej
	4670 HC.1.2. 24	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	4670 HC.1.2. 49	oddział leczenia jednego dnia o profilu ginekologii onkologicznej
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub ginekologii onkologicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania histopatologiczne	
	tomografia komputerowa, EKG	
	badania immunohistochemiczne: stopień ekspresji PD-L1	

<b>03.0000.460.02</b>	<b>Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1040	poradnia endokrynologiczna osteoporozy
	1060	poradnia geriatryczna
	1280	poradnia reumatologiczna
	1580	poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej
	1584	poradnia osteoporozy
	4030	oddział endokrynologiczny
	4060	oddział geriatryczny
	4280	oddział reumatologiczny
	4580	oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu geriatrii
	HC.1.2.	
	48	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub endokrynologii lub geriatrii lub chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub położnictwa i ginekologii lub chorób wewnętrznych	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatów
zapewnienie realizacji badań	densytometria - zapewnienie dostępu	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia )	

<b>03.0000.461.02</b>	<b>Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1200	poradnia dermatologiczna
	4200	oddział dermatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	9	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, test QuantiFERON – TB, obecność antygeny HB, przeciwciała anti-HCV, obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo))	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	



<b>03.0000.462.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z kardiomiopatią</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1100	poradnia kardiologiczna
	1102	poradnia wad serca
	4100	oddział kardiologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologicznym
	HC.1.2.	
	53	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie kardiologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie hematologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	scyntygrafia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, RTG	
	echokardiografia, holter 24-godzinne monitorowanie EKG, EKG	
	sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR)	
	genotypowanie pacjentów pod kątem cytochromu P450	
	weryfikacja LVOT przeprowadzona metodą bezpośrednich pomiarów ciśnienia	
	test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych (6MWT)	

<b>03.0000.463.02</b>	<b>Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemoterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	oddział intensywnej terapii w lokalizacji udzielania świadczeń
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	badanie histopatologiczne lub cytologiczne	
	test do genotypowania HLA	
	badanie ultrasonograficzne gałki ocznej	

<b>03.0000.464.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z immunologiczną zakrzepową plamicą małopłytkową</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny*
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w części organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne: aktywność i inhibitor anty- ADAMTS13, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), kreatynina, liczba płytek krwi, morfologia krwi z rozmazem (schistocyty), ALT, haptoglobina, badania przesiewowe w kierunku: WZW typu B, WZW typu C i HIV	
pozostałe	*W przypadku udzielania świadczeń na oddziale pediatrycznym świadczeniodawca musi posiadać pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. Wymóg uzyskania pozytywnej opinii nie dotyczy oddziału pediatrycznego o profilu onkologii i hematologii dziecięcej.	

<b>03.0000.465.02</b>	<b>Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1027	poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	1401	poradnia pediatria
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44 lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatria
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu choroby wewnętrzne
	HC.1.2.	
	7	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	HC.1.2.	
	28	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	HC.1.2.	
	123	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologicznym
	HC.1.2.	
	44	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	117	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub endokrynologii lub reumatologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów

	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurochirurgii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	MRI	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badania genetyczne	
	badania densytometryczne	

<b>03.0000.466.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z achondroplazją</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatria
	1027	poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatria
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	HC.1.2.	
	123	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	117	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	HC.1.2.	
	28	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii metabolicznej lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub pediatrii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurochirurgii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, audiologii i foniatrii, otolaryngologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	MRI, TK lub TK z kontrastem	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badania genetyczne	

<b>03.0000.467.02</b>	<b>Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera z bialleliczną mutacją genu RPE65</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1600	poradnia okulistyczna
	1601	poradnia okulistyczna dla dzieci
	4600	oddział okulistyczny
	4601	oddział okulistyczny dla dzieci
	4670	oddział jednego dnia o profilu okulistyki
	HC.1.2.	
	23	
	4671	
	HC.1.2.	oddział jednego dnia o profilu okulistyki dla dzieci
	23	
	ODDZIAŁ	
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	sala operacyjna z dostępem do witrektomii tylnej w lokalizacji oddziału
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	Badanie genetyczne potwierdzające rozpoznanie biallelicznej mutacji genu RPE65	
	ostrość wzroku na tablicach ETDRS - w lokalizacji	
	OCT (optyczna koherentna tomografia) - w lokalizacji	
	badanie FST - w lokalizacji	
	badanie ERG siatkówki - w lokalizacji	
	Badanie pola widzenia metodą perymetrii kinetycznej Goldmana lub komputerowej Humphrey'a - w lokalizacji	
pozostałe	Świadczeniodawca przeprowadzający co najmniej 500 zabiegów witrektomii tylnej w roku i posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki potwierdzającą doświadczenie z chirurgii witreoretinalnej w zakresie przeprowadzania zabiegów chirurgicznych w obrębie plamki	

<b>03.0000.468.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV)</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1056	poradnia hepatologiczna
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1100	poradnia kardiologiczna
	1130	poradnia nefrologiczna
	1500	poradnia chirurgii ogólnej
	1520	poradnia chirurgii klatki piersiowej
	1560	poradnia kardiochirurgiczna
	1650	poradnia transplantologiczna
	1652	poradnia transplantacji nerek
	1654	poradnia transplantacji wątroby
	1656	poradnia transplantacji serca
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4130	oddział nefrologiczny
	4272	oddział pulmonologii
	4500	oddział chirurgiczny ogólny
	4520	oddział chirurgii klatki piersiowej
	4560	oddział kardiochirurgiczny
	4658	oddział transplantacji szpiku
	4650	oddział transplantologiczny
	4652	oddział transplantologii nerek
	4654	oddział transplantologii wątroby
	4656	oddział transplantologii serca
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy



lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub transplantologii klinicznej, lub nefrologii, lub kardiologii, lub chirurgii, lub chirurgii klatki piersiowej, lub kardiochirurgii, lub gastroenterologii, lub chorób płuc	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	w przypadku realizacji świadczeń przez lekarzy specjalistów w dziedzinie hematologii lub nefrologii, lub kardiologii, lub chirurgii, lub chirurgii klatki piersiowej, lub kardiochirurgii, lub gastroenterologii, lub chorób płuc wymagane zapewnienie dostępu do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie transplantologii klinicznej
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	ilościowe badanie CMV DNA	
	badanie dna oka lub inne badanie okulistyczne u pacjentów z podejrzeniem zajęcia siatkówki przez CMV	
	oznaczenie stężenia leków immunosupresyjnych o wąskim indeksie terapeutycznym będącymi substratami cytochromu P450	

<b>03.0000.469.02</b>	<b>Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1010	poradnia alergologiczna
	1272	poradnia chorób płuc
	1070	poradnia hematologiczna
	1080	poradnia immunologiczna
	1280	poradnia reumatologiczna
	4010	oddział alergologiczny
	4272	oddział chorób płuc
	4070	oddział hematologiczny
	4080	oddział immunologii klinicznej
	4280	oddział reumatologiczny
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu reumatologii
	HC. 1.1. lub HC.1.2.	
	67	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział jednego dnia o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	4670	oddział jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii lub chorób płuc, lub hematologii, lub reumatologii, lub immunologii klinicznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	RTG	
	TK	
	USG	
	spirometria	
	echokardiografia serca	

	biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku kostnego
	badania laboratoryjne (biochemiczne)
	badania genetyczne

<b>03.0000.470.02</b>	<b>Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów w dziedzinach: kardiologii, okulistyki oraz nefrologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	EMG	
	sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR)	
	scyntygrafia serca z zastosowaniem radioizotopu 99mTc-DPD lub 99mTc-PYP lub 99mTc-HMDP lub USG serca	
	białko monoklonalne (metodą immunofiksacji) w surowicy i w moczu oraz wolne łańcuchy lekkie w surowicy krwi (FLC)	
	10-metrowy test marszowy, test 6-minutowego chodu	

<b>03.0000.471.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1130	poradnia nefrologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologicznym
	HC.1.2.	
	57	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	biopsja nerek	

Załącznik Nr 6 do zarządzenia Nr 29/2025/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 24 kwietnia 2025 r.

### Wykaz programów lekowych

Lp.	KOD	NUMER ZAŁĄCZNIKA Z OBWIESZCZENIA MZ	ROZPOZNANIE KLINICZNE ICD-10	NAZWA PROGRAMU	SUBSTANCJE CZYNNE
1	2	3	4	5	6
1	03.0000.301.02	B.1.	B 18.1	Leczenie chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B	INTERFERON PEGYLOWANY ALFA-2A, LAMIWUDYNA, ENTEKAWIR, TENOFOWIR
2	03.0000.304.02	B.4.	C 18, C 19, C 20	Leczenie chorych na raka jelita grubego	AFLIBERCEPT, TRIFLURYDYNA + TYPIRACYL, IPILIMUMAB, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB
3	03.0000.305.02	B.5.	C 22.0, C22.1, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9	Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych	KABOZANYTYNIB, ATEZOLIZUMAB, DURWALUMAB
4	03.0000.306.02	B.6.	C 34, C 45	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	KRYZOTYNIB, OZYMERTYNIB, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, ATEZOLIZUMAB, AFATYNIB, NINTEDANIB, ALEKTYNIB, BRYGATYNIB, DURWALUMAB, LORLATYNIB, ENTREKTYNIB, CEMPIIMAB, IPILIMUMAB, SOTORASIB, TREMELIMUMAB
5	03.0000.308.02	B.8.	C 48, C 49	Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich	PAZOPANIB
6	03.0000.309.02	B.9.FM.	C 50	Leczenie chorych na raka piersi	TRASTUZUMAB S.C., PERTUZUMAB, PALBOCYKLIB, RYBOCYKLIB, TRASTUZUMAB EMTAZYNA, ABEMACYKLIB, ALPELISYB, SACYTUZUMAB GOWITEKAN, TALAZOPARYB, TUKATYNIB, PEMBROLIZUMAB, TRASTUZUMAB DERUKSTKAN, OLAPARYB
7	03.0000.310.02	B.10.	C 64	Leczenie pacjentów z rakiem nerki	PAZOPANIB, KABOZANTINIB, NIWOLUMAB, IPILIMUMAB, PEMBROLIZUMAB

8	03.0000.312.02	B.12.FM.	C82, C83, C85	Leczenie chorych na chłoniaki B - komórkowe <sup>1</sup>	OBINUTUZUMAB, AKSYKABTAGEN CYLOLEUCELU, POLATUZUMAB WEDOTYNY, TISAGENLECLEUCEL, TAFASYTAMAB <sup>2</sup> , IBRUTYNIB, BREKSUKABTAGEN AUTOLEUCEL <sup>2</sup> , MOSUNETUZUMAB, EPKORYTAMAB, GLOFITAMAB, LONKASTUKSYMAB TEZYRYNY, ZANUBRUTYNIB
9	03.0000.314.02	B.14.	C 92.1	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową <sup>1</sup>	NILOTYNIB, BOSUTYNIB, PONATYNIB, ASCIMINIB
10	03.0000.315.02	B.15.	D 66, D 67	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B	Koncentrat czynnika krzepnięcia VIII, Koncentrat czynnika krzepnięcia IX, EMICIZUMAB
11	03.0000.317.02	B.17.	D 80, W TYM: D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9, D 81 W CAŁOŚCI, D 82, W TYM: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9, D 83, W TYM: D 83.0, D 83.1, D 83.3, D 83.8, D 83.9, D 89	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	IMMUNOGLOBULINY
12	03.0000.318.02	B.18.	E 22.8, E 30.9	Leczenie przedwczesnego dojrzewania plciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania plciowego	TRIPTORELINA
13	03.0000.319.02	B.19.	E 23	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki	SOMATOTROPINA, SOMATROGON
14	03.0000.320.02	B.20.	E 34.3	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	MEKASERMINA
15	03.0000.321.02	B.21.	E 72.1	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	BETAINA BEZWODNA
16	03.0000.322.02	B.22.	E 74.0	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	ALGLUKOZYDAZA ALFA, AWALGLUKOZYDAZA ALFA

17	03.0000.323.02	B.23.	E 75.2	<b>Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III</b>	IMIGLUCERAZA, ELIGLUSTAT, WELAGLUCERAZA ALFA
18	03.0000.324.02	B.24.	E 76.0	<b>Leczenie choroby Hurler</b>	LARONIDAZA
19	03.0000.325.02	B.25.	E 76.1	<b>Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)</b>	IDURSULFAZA
20	03.0000.327.02	B.27.	E 84	<b>Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą</b>	TOBRAMYCYNA, LEWOFLOKSACYNA
21	03.0000.328.02	B.28.	G 24.3, G 24.4, G 24.5, G 51.3, G 24.8	<b>Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy</b>	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
22	03.0000.329.02	B.29.	G 35	<b>Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane</b>	INTERFERON BETA, OCTAN GLATIRAMERU, FUMARAN DIMETYLU, PEGINTERFERON BETA-1A, TERYFLUNOMID, OFATUMUMAB, OZANIMOD, PONESIMODUM, SIPONIMOD, ALEMTUZUMAB, KŁADRYBINA, FINGOLIMOD, NATALIZUMAB, OKRELIZUMAB
23	03.0000.330.02	B.30.	I61, I63, I69, G35, G80, G82, G83, T90, T91	<b>Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A</b>	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
24	03.0000.331.02	B.31.	I 27, I 27.0	<b>Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)</b>	ILOPROST, BOSENTAN, TREPROSTINIL, SILDENAFIL, EPOPROSTENOL, MACYTENTAN, RIOCYGUAT, SELEKSYPAG
25	03.0000.332.02	B.32.	K 50	<b>Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna</b>	INFLIKSYMAB, ADALIMUMAB, USTEKINUMAB, WEDOLIZUMAB, UPADACYTYNIB
26	03.0000.333.02	B.33.	M 05, M 06, M 08	<b>Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów</b>	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, RYTUKSYMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, TOCILIZUMAB, TOFACYTYNIB, BARICYTYNIB, UPADACYTYNIB, ANAKINRA, FILGOTYNIB, SEKUKINUMAB, KANAKINUMAB



27	03.0000.335.02	B.35.	L 40.5, M 07.1, M 07.2, M 07.3	<b>Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)</b>	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB, TOFACYTYNIB, IKSEKIZUMAB, UPADACYTYNIB, RYZANKIZUMAB, GUSELKUMAB, BIMEKIZUMAB
28	03.0000.336.02	B.36.	M 45	<b>Leczenie chorych z aktywną postacią zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)</b>	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB, UPADACYTYNIB, IKSEKIZUMAB, TOFACYTYNIB, BIMEKIZUMAB
29	03.0000.337.02	B.37.	N 18	<b>Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek</b>	EPOETYNALFA, DARBEPOETYNALFA, ROKSADUSTAT
30	03.0000.338.02	B.38.	N 18	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)</b>	SOMATOTROPINA
31	03.0000.339.02	B.39.	N 25.8	<b>Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami</b>	CYNAKALCET, PARYKALCYTOL
32	03.0000.340.02	B.40.	P 07.2, P 07.3, P 27.1, P07.0, P07.1, Q20-Q24, G12.0, G12.1, E84.0	<b>Profilaktyka zakażeń wirusem RS</b>	PALIWIZUMAB
33	03.0000.341.02	B.41.	Q 87.1	<b>Leczenie zespołu Prader - Willi</b>	SOMATOTROPINA
34	03.0000.342.02	B.42.	Q 96	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)</b>	SOMATOTROPINA
35	03.0000.344.02	B.44.	J 45, J 82	<b>Leczenie chorych z ciężką postacią astmy</b>	OMALIZUMAB, MEPOLIZUMAB, BENRALIZUMAB, DUPILUMAB, TEZEPELUMAB
36	03.0000.347.02	B.47.	L 40.0	<b>Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej</b>	USTEKINUMAB, ADALIMUMAB, ETANERCEPT, INFLIKSYMAB, IKSEKIZUMAB, SEKUKINUMAB, GUSELKUMAB, RYZANKIZUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, TYLDRAKIZUMAB, BIMEKIZUMAB

37	03.0000.350.02	B.50.	C 48, C 56, C 57	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej	OLAPARYB, NIRAPARYB, RUKAPARYB
38	03.0000.352.02	B.52.	C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32	Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi	NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB
39	03.0000.354.02	B.54.	C 90.0	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytozy <sup>1</sup>	DARATUMUMAB, KARFILZOMIB, IKSAZOMIB, ELOTUZUMAB, IZATUKSYMAB, TEKLISTAMAB, TALQUETAMAB, ELRANATAMAB
40	03.0000.355.02	B.55.	K 51	Leczenie pacjentów z wrzodzącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	INFLIKSYMAB, WEDOLIZUMAB, TOFACYTYNIB, USTEKINUMAB, FILGOTYNIB, OZANIMOD, UPADACYTYNIB, MIRIKIZUMAB
41	03.0000.356.02	B.56.	C 61	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego	ENZALUTAMID, APALUTAMID, DAROLUTAMID, OLAPARYB, NIRAPARYB + OCTAN ABIRATERONU, TALAZOPARYB
42	03.0000.357.02	B.57.	I 61, I 63, I 69, G35, G80, G82, G83, T90, T91	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
43	03.0000.358.02	B.58.	C 15, C 16	Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka	RAMUCIRUMABUM, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, IPILIMUMAB, TRIFLURYDYNA + TYPIRACYL
44	03.0000.359.02	B.59.	C 43	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych	NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, WEMURAFENIB, KOBIMETYNIB, DABRAFENIB, TRAMETYNIB, BINIMETYNIB, ENKORAFENIB, IPILIMUMAB, NIWOLUMAB + RELATLIMAB
45	03.0000.361.02	B.61.	E72.0	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną	CYSTEAMINA
46	03.0000.362.02	B.62.	D 80, w tym: D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D 81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3,	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych	IMMUNOGLOBULINY

			D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9		
47	03.0000.364.02	B.64.	R 62.9	<b>Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)</b>	SOMATOTROPINA
48	03.0000.365.02	B.65.	C 91.0	<b>Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną<sup>1</sup></b>	BLINATUMOMAB, PONATYNIB, INOTUZUMAB OZOGAMYCYNIN, TISAGENLECLEUCEL, BREKSUKABTAGEN AUTOLEUCEL
49	03.0000.366.02	B.66.	C 84	<b>Leczenie chorych na chłoniaki T – komórkowe <sup>1</sup></b>	BEKSAROTEN, BRENTUKSYMAB VEDOTIN, MOGAMULIZUMAB
50	03.0000.367.02	B.67.	G 61.8, G 62.8, G 63.1, G 70, G 04.8, G 73.1, G 73.2, G 72.4, G 61.0, G 36.0, G25.8, M 33.0, M 33.1, M 33.2	<b>Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych</b>	IMMUNOGLOBULINY
51	03.0000.370.02	B.70.	H34, H35.3, H36.0	<b>Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki</b>	AFLIBERCEPT, RANIBIZUMAB, BROLUCIZUMAB, BEWACYZUMAB, DEKSAMETAZON, FARCYMAB
52	03.0000.371.02	B.71.	B 18.2	<b>Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C</b>	LEDIPASWIR + SOFOSBUWIR, SOFOSBUWIR + WELPATASWIR, GLECAPREWIR + PIBRENTASWIR, SOFOSBUWIR + WELPATASWIR + WOKSYLEPREWIR
53	03.0000.373.02	B.73.	N 31	<b>Leczenie pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza</b>	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A, OKSYBUTYNINA
54	03.0000.374.02	B.74.	I 27, I 27.0 i/lub I 26	<b>Leczenie przewlekłego zakrzepowo- zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)</b>	RIOCYGUAT
55	03.0000.375.02	B.75.	M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8	<b>Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń</b>	RYTUKSYMAB, TOCILIZUMAB, MEPOLIZUMAB

56	03.0000.376.02	B.76.	E 70.2	<b>Leczenie tyrozynemii typu 1(HT-1)</b>	NITYZYNON
57	03.0000.377.02	B.77.	C 81	<b>Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina CD30<sup>+</sup></b>	BRENTUKSYMAB VEDOTIN, NIWOLUMAB
58	03.0000.379.02	B.79.	C 91.1	<b>Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową<sup>1</sup></b>	OBINUTUZUMAB, AKALABRUTYNIB, IBRUTYNIB, WENETOKLAKS, ZANUBRUTYNIB
59	03.0000.381.02	B.81.	D 45, D 47.1	<b>Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)<sup>1</sup></b>	RUKSOLITYNIB, FEDRATYNIB
60	03.0000.382.02	B.82.	M 46.8	<b>Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK</b>	CERTOLIZUMAB PEGOL, ETANERCEPT, IKSEKIZUMAB, SEKUKINUMAB, UPADACYTYNIB, BIMEKIZUMAB
61	03.0000.385.02	B.85.	C 25.0, C 25.1, C 25.2, C 25.3, C 25.5, C 25.6, C 25.7, C 25.8, C 25.9	<b>Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki</b>	PAKLITAKSEL Z ALBUMINĄ, OLAPARYB
62	03.0000.386.02	B.86.	E 85, R 50.9, D 89.8, D 89.9	<b>Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi</b>	ANAKINRA
63	03.0000.387.02	B.87.	J 84.1	<b>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc</b>	PIRFENIDON, NINTEDANIB
64	03.0000.388.02	B.88.	C 44	<b>Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry</b>	WISMODEGIB, CEMIPILIMAB
65	03.0000.389.02	B.89.	Q 85.1	<b>Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyżściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)</b>	EWEROLIMUS

66	03.0000.390.02	B.90.	G 20	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	LEWODOPA + KARBIDOPA, APOMORFINA, FOSLEWODOPA + FOSKARBIDOPA
67	03.0000.395.02	B.95.	D 59.3	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)	EKULIZUMAB, RAWULIZUMAB
68	03.0000.396.02	B.96.	D 59.5	Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)	EKULIZUMAB, PEGCETAKOPLAN, RAWULIZUMAB
69	03.0000.397.02	B.97.	D 69.3	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM, AWATROMBOPAG, RYTUKSYMAB
70	03.0000.398.02	B.98.	D 69.3	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM, RYTUKSYMAB
71	03.0000.399.02	B.99.	E 22.0	Leczenie akromegalii	PASYREOTYD, PEGWISOMANT
72	03.0000.401.02	B.101.	E 78.0, I21, I22, I25	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi	ALIROKUMAB, EWOŁOKUMAB, INKLISIRAN, LOMITAPID
73	03.0000.402.02	B.102.FM.	G 12.0, G 12.1	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	NUSINERSEN, RYSDYPLAM, ONASEMNOGEN ABEPARWOWEK
74	03.0000.404.02	B.104.	E 75.2	Leczenie choroby Fabry'ego	AGALZYDAZA ALFA, AGALZYDAZA BETA, MIGALASTATUM
75	03.0000.405.02	B.105.	H 20.0, H 30.0	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)	ADALIMUMAB, DEKSAMETAZON
76	03.0000.406.02	B.106.	B 18.0, B 18.1, B 18.9, B 19.0, B 19.9, C 22.0, C 82, C 83, C 85, C 90.0, C 91, C 92, D 45, D 47, D 75, Z 94	Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących	ENTEKAWIR, TENOFOWIR

				<b>leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV</b>	
77	03.0000.407.02	B.107.	L 50.1	<b>Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną</b>	OMALIZUMAB
78	03.0000.408.02	B.108.FM.	C 73	<b>Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy</b>	WANDETANIB, SELPERKATYNIB <sup>2</sup>
79	03.0000.409.02	B.109.	E 71.1, E 71.3, E 72.3	<b>Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych</b>	L-KARNITYNA
80	03.0000.410.02	B.110.	C47	<b>Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym</b>	DINUTUKSYMAB BETA
81	03.0000.411.02	B.111.	E23.0	<b>Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania</b>	SOMATOTROPINA
82	03.0000.412.02	B.112.	E84	<b>Leczenie chorych na mukowiscydozę</b>	IWAKAFTOR, IWAKAFTOR + LUMAKAFTOR, IWAKAFTOR + TEZAKAFTOR, IWAKAFTOR + TEZAKAFTOR + ELEKSAKFTOR
83	03.0000.413.02	B.113.	N18	<b>Leczenie pacjentów z chorobami nerek</b>	KETOANALOGI AMINOKWASÓW
84	03.0000.414.02	B.114.	C92.0	<b>Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową<sup>1</sup></b>	MIDOSTAURYNA, GEMTUZUMAB OZOGAMYCYN, GILTERTYNIB, WENETOKLAKS, AZACYTYDYNA, IWOSYDENIB <sup>2</sup>
85	03.0000.415.02	B.115.	C96.2, C94.3, D47.9	<b>Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej<sup>1</sup></b>	MIDOSTAURYNA, AWAPRYTYNIB
86	03.0000.417.02	B.117.	C44	<b>Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem</b>	AWELUMAB

87	03.0000.418.02	B.118.	E24.0	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga	PASYREOTYD
88	03.0000.419.02	B.119.	C73	Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy	KABOZANTYNIB
89	03.0000.421.02	B.121.	G73.1	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	AMIFAMPRYDYNA
90	03.0000.422.02	B.122.	D84.1	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	LANADELUMAB
91	03.0000.423.02	B.123.	E83.0	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	TRIENTYNA
92	03.0000.424.02	B.124.	L20	Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry	DUPILUMAB, BARICYTYNIB, UPADACYTYNIB, ABROCYTYNIB, TRALOKINUMAB
93	03.0000.425.02	B.125.	C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9	Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry	CEMIPLIMAB
94	03.0000.426.02	B.126.	Q61.2	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek	TOLWAPTAN
95	03.0000.427.02	B.127.	D61	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną	ELTROMBOPAG
96	03.0000.428.02	B.128.FM.	E80.2	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat	GIWOSYRAN <sup>2</sup>

97	03.0000.429.02	B.129.FM.	E74.8	<b>Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1</b>	LUMAZYRAN <sup>2</sup>
98	03.0000.430.02	B.130.	G71.0	<b>Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny</b>	ATALUREN
99	03.0000.431.02	B.131.	D.47.7	<b>Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana</b>	SILTUKSYMAB
100	03.0000.432.02	B.132.	C81, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C45, D46, D47, D56, D57, D58, D61, D75, D80, D81, D82, D84	<b>Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych</b>	LETERMOWIR
101	03.0000.433.02	B.133.	G43	<b>Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą</b>	ERENUMAB, FREMANEZUMAB, TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
102	03.0000.434.02	B.134.	C18, C19, C20, C34, C50, C61, C64, C67, C79.5, C90.0	<b>Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu</b>	DENOSUMAB
103	03.0000.435.02	B.135.	D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, M34, J.99.1	<b>Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc</b>	NINTEDANIB
104	03.0000.436.02	B.136.FM.	A15	<b>Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)</b>	BEDAKILINA, PRETOMANID <sup>2</sup>



105	03.0000.437.02	B.137.FM.	N18	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki	IMLIFIDAZA <sup>2</sup>
106	03.0000.438.02	B.138.FM.	G36.0	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	SATRALIZUMAB
107	03.0000.439.02	B.139.	C25.4, C17.0-C17.9, C18.0-C18.4	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków	OKSODOTREOTYD LUTETU LU-177
108	03.0000.440.02	B.140.	E72.2	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego	FENYLOMAŚLAN GLICEROLU
109	03.0000.441.02	B.141.FM.	C61, C65, C66, C67, C68	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym	AWELUMAB, NIWOLUMAB, ENFORTUMAB WEDOTYNY <sup>2</sup>
110	03.0000.442.02	B.142.	D46.1	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji	LUSPATERCEPT
111	03.0000.443.02	B.143.	E71.1	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową	KWAS KARGLUMINOWY
112	03.0000.444.02	B.144.	Zgodnie z kryteriami kwalifikacji określonymi w opisie programu lekowego	Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)	LAROTREKTYNIB, ENTREKTYNIB
113	03.0000.445.02	B.145.	E85.8	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)	DARATUMUMAB

114	03.0000.446.02	B.146.	C88.0	<b>Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma</b>	ZANUBRUTYNIB
115	03.0000.447.02	B.147.	F33.1, F33.2	<b>Leczenie chorych na depresję lekooporną</b>	ESKETAMINA
116	03.0000.448.02	B.148.	C54	<b>Leczenie chorych na raka endometrium</b>	DOSTARLIMAB, PEMBROLIZUMAB
117	03.0000.449.02	B.149.	T86.0	<b>Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi</b>	RUKSOLITYNIB
118	03.0000.450.02	B.150.	M32	<b>Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE)</b>	ANIFROLUMAB
119	03.0000.451.02	B.151.	E.83.3	<b>Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)</b>	BUROSUMAB
120	03.0000.452.02	B.152.FM.	K76.8	<b>Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)</b>	ODEWIKSYBAT <sup>2</sup>
121	03.0000.453.02	B.153.	G40	<b>Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego</b>	KANNABIDIOL
122	03.0000.454.02	B.154.FM.	G40.4	<b>Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet</b>	KANNABIDIOL <sup>3</sup> , FENFLURAMINA

123	03.0000.455.02	B.155.	Q85.0	<b>Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami spłotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)</b>	SELUMETYNIB
124	03.0000.456.02	B.156.	J32, J33	<b>Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa</b>	DUPILUMAB, MEPOLIZUMAB
125	03.0000.457.02	B.157.	G70.0	<b>Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii</b>	EFGARTIGIMOD ALFA, RYTUKSYMAB, RAWULIZUMAB
126	03.0000.458.02	B.158.FM.	E75.2	<b>Leczenie chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B</b>	OLIPUDAZA ALFA <sup>2</sup>
127	03.0000.459.02	B.159.	C53	<b>Leczenie chorych na raka szyjki macicy</b>	PEMBROLIZUMAB, CEMIPILIMAB
128	03.0000.460.02	B.160.	M80.0	<b>Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej</b>	ROMOSUZUMAB
129	03.0000.461.02	B.161.	L73.2	<b>Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)</b>	SEKUKINUMAB
130	03.0000.462.02	B.162.	E85, I42.1	<b>Leczenie pacjentów z kardiomiopatią</b>	MAWAKAMTEN, TAFAMIDIS
131	03.0000.463.02	B.163.FM.	C69, C69.3, C69.4	<b>Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka</b>	TEBENTAFUSP <sup>2</sup>

132	03.0000.464.02	B.164.	M31.1	Leczenie pacjentów z immunologiczną zakrzepową płamicą małopłytkową	KAPLACYZUMAB
133	03.0000.465.02	B.165.	E83.3	Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)	ASFOTAZA ALFA
134	03.0000.466.02	B.166.	Q77.4	Leczenie pacjentów z achondroplazją	WOSORYTYD
135	03.0000.467.02	B.167.	H35.5	Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z białeliczną mutacją genu RPE65	WORETYGEN NEPARWOWEK
136	03.0000.468.02	B.168.	B25.0, B25.1, B25.2, B25.8, B25.9	Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV)	MARIBAWIR
137	03.0000.469.02	B.169.	D72.1	Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)	MEPOLIZUMAB
138	03.0000.470.02	B.170.	E85.1	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	WUTRISIRAN
139	03.0000.471.02	B.171.	N02.8	Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA	BUDEZONID

<sup>1</sup> – program lekowy, do którego ma zastosowanie przepis § 24 ust. 4 zarządzenia

<sup>2</sup> – technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24b ustawy o refundacji

<sup>3</sup> - technologia lekowa o wysokiej wartości klinicznej - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24a ustawy o refundacji

Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych

Lp.	program lekowy		produkt rozliczeniowy z katalogu ryczałtów, w odniesieniu do którego współczynnik korygujący może zostać zastosowany		świadczenie z katalogu świadczeń, w odniesieniu do którego współczynnik korygujący może zostać zastosowany		substancja czynna		próg kosztowy rozliczenia substancji czynnej uprawniający do zastosowania współczynnika korygującego		wartość współczynnika korygującego	uwagi
	kod świadczenia	nazwa	kod produktu	nazwa	kod świadczenia	nazwa	kod produktu	nazwa	wartość	jednostka		
	1			2		3		4		5		6
1	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	-	-	5.08.09.0000008	bosentanum	0,0371	zł/mg	1,17	1. Współczynnik korygujący może zostać zastosowany w odniesieniu do produktu rozliczeniowego wskazanego w kolumnie 2 lub świadczenia wskazanego w kolumnie 3, rozliczanego w związku z terapią pacjentów, u których stosowana jest substancja czynna, o której mowa w kolumnie 4, spełniająca warunek kosztowy określony w kolumnie 5 w przypadku każdego z podań lub wydań leku danemu pacjentowi w danym okresie.  2. Współczynnik korygujący stosuje się do rozliczenia ułamkowej części wartości produktu, o którym mowa w kolumnie 2, przysługującej za dany okres lub do świadczeń, o których mowa w kolumnie 3, wykonanych i sprawozdanych za dany okres, związanych z podaniem substancji czynnej spełniającej warunek kosztowy.
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			0,0371	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			0,0371	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			0,0371	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			0,0371	zł/mg	1,40	
2	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	-	-	5.08.09.0000066	treprostinil	124,6252	zł/mg	1,17	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			124,6252	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			124,6252	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			124,6252	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			124,6252	zł/mg	1,80	
3	03.0000.339.02	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami	-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu	5.08.09.0000011	cinacalcetum	0,19	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			0,19	zł/mg	1,40	
4	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,4977	zł/mg	1,17	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	

5	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.09.0000033	infiximabum	2,4977	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
6	03.0000.335.02	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	-	-	5.08.09.0000033	infiximabum	2,4977	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
7	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000033	infiximabum	2,4977	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
8	03.0000.347.02	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	5.08.08.0000054	Diagnostyka w programie leczenia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	-	-	5.08.09.0000033	infiximabum	2,4977	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z			2,4977	zł/mg	1,40

						wykonaniem programu					
9	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodzącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu	5.08.09.0000033	infliximabum	2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
10	03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	5.08.08.0000034	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	-	-	5.08.09.0000061	tobramycinum	0,0472	zł/mg	1,70
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			0,0472	zł/mg	1,40
11	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	1,17
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
12	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
13	03.0000.335.02	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie			3,5509	zł/mg	1,40

						ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu					
14	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
15	03.0000.347.02	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	5.08.08.0000054	Diagnostyka w programie leczenia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
16	03.0000.375.02	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń	5.08.08.0000273	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (rytuksymab)	-	-	5.08.09.0000054	rytuksymabum	3,2823	zł/mg	2,00
			5.08.08.0000274	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (rytuksymab)	-	-			3,2823	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			3,2823	zł/mg	1,80
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,2823	zł/mg	1,80
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,2823	zł/mg	1,80



**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych oraz weryfikację jego skuteczności**

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów; 2) Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS); 3) Leczenie chorych z aktywną postacią zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK); 4) Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK; 5) Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc; 6) Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym; 7) Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń.
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) M 05 reumatoidalne zapalenie stawów (RZS); 2) M 06 seronegatywne reumatoidalne zapalenie stawów; 3) M 08 młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS); 4) M 45 zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa; 5) L 40.5 łuszczyca stawowa; 6) M 07.1 okaleczające zapalenie stawów; 7) M 07.2 łuszczycowa spondyloartropatia; 8) M 07.3 artropatia towarzysząca chorobie Crohna; 9) M 46.8 Inne określone zapalne choroby kręgosłupa; 10) M 34 twardzina układowa; 11) J 99.0 reumatoidalna choroba płuc; 12) J 99.1 zaburzenia układu oddechowego w innych układowych chorobach tkanki łącznej; 13) M 32 toczén rumieniowatý układowý; 14) M30.1 guzkowe zapalenie tętnic z zajęciem płuc (EGPA) 15) M 31.3 ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (GPA); 16) M 31.5 olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic ze współistnieniem polimialgii reumatycznej (GCA); 17) M 31.6 inne olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic; 18) M 31.7 mikroskopowe zapalenie wielonaczyniowe (MPA); 19) M 31.8 inne określone martwicze choroby naczyń krwionośnych.
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych
1.6	jednostka koordynująca	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher ul. Spartańska 1 02-637 Warszawa
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści z dziedzin medycyny właściwych dla programu lekowego
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisach programów lekowych wymienionych w pkt 1.2 z zastrzeżeniem możliwości uzyskania indywidualnej zgody Zespołu w określonych przypadkach; 2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych lub w oparciu o dokumenty, których wzór został określony w pkt 2 - 6.

1.9	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 - porada lekarska, konsultacja, asysta
-----	---	--

**2. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8) – moduł GPA i MPA**

**Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)**

**Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:**

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

**Dane do kwalifikacji:**

Wiek pacjenta: .....

Rozpoznanie (GPA/MPA):.....

Postać choroby (ciężka/umiarkowana/lekka): .....

Liczba punktów w skali BVAS/WG:.....

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
1. Wysoka aktywność choroby definiowana jako:		
a) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, w tym występowanie co najmniej 1 objawu dużego aktywnej choroby oraz obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy		
b) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, ciężki stan ogólny chorego w ocenie lekarza oraz konieczność długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów (min. 6 miesięcy) w dawce 10 mg lub wyższej na dobę w przeliczeniu na prednizon, która niesie ze sobą duże ryzyko działań niepożądanych		
2. Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego		
3. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		
4. Brak przeciwwskazań do leczenia biologicznego zgodnie z ChPL i rekomendacjami		

\* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania? .....

**Ważne!** W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

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

.....  
.....

Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.....

Uwagi:

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

Data: .....

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

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8) – moduł GPA/MPA**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek: rytuksymab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:

.....

.....  
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia  
Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

**W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:**

▪ Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

▪ W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

## 2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie rytuksymabem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data .....  
Podpis pacjenta

Data .....  
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

**3. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8) – moduł GCA**

**Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)**

**Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:**

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

**Dane do kwalifikacji:**

Wiek pacjenta: .....

<b>Kryteria kwalifikacji do leczenia</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE*</b>
1. Informacje dotyczące leczenia standardowego:		
a) brak remisji po zastosowaniu leczenia standardowego		
b) utrata remisji po zastosowaniu leczenia standardowego		
c) występowanie istotnych zdarzeń niepożądanych		
d) przeciwwskazania do stosowania standardowej terapii		
2. Aktywność choroby definiowana jako co najmniej jedno z poniższych:		
a) klinicznych objawów GCA z lub bez podwyższonych wartości parametrów zapalnych: $OB \geq 30\text{mm/h}$ i/lub $CRP \geq 1\text{ mg/dl}$ (10 mg/l)		
b) cechy aktywnego zapalenia tętnic w badaniu obrazowym (PET, MRI, TK, USG)		
3. Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego		
4. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		
5. Brak przeciwwskazań do leczenia biologicznego zgodnie z ChPL i rekomendacjami		

\* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania? .....

**Ważne!** W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

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

Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.....

Uwagi:

.....

.....

.....

Data: .....

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



..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8) – moduł GCA**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek: tocilizumab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:

.....

.....  
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia  
Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

**W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:**

▪ Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

▪ W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

### 3.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie tocilizumabem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data .....  
Podpis pacjenta

Data .....  
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

**4. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8) – moduł EGPA**

**Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)**

**Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:**

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

**Dane do kwalifikacji:**

Wiek pacjenta: .....

Postać choroby (nawracająco-ustępująca/ oporna na leczenie): .....

Liczba punktów w skali BVAS:.....

<b>Kryteria kwalifikacji do leczenia</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE*</b>
1. Jeżeli postać nawracająco-ustępująca:		
a) co najmniej jeden nawrót aktywnej choroby w okresie 6 miesięcy poprzedzających włączenie do programu, pomimo stosowania skojarzonego leczenia podtrzymującego		
2. Jeżeli postać oporna na leczenie:		
a) brak uzyskania co najmniej niskiej aktywności choroby pomimo stosowania zalecanego przez ACR/EULAR skojarzonego leczenia indukującego remisję w pierwszej linii		
b) nawrót aktywnej choroby u pacjentów stosujących skojarzone leczenie podtrzymujące		
3. Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego		
4. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		
5. Brak przeciwwskazań do leczenia biologicznego zgodnie z ChPL i rekomendacjami		

\* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania? .....

**Ważne!** W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

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

.....

Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.....

Uwagi:

.....

.....

.....

Data: .....

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

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8) – moduł EGPA**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek: mepolizumab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:

.....

.....  
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia  
Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

**W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:**

▪ Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

▪ W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

#### 4.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie mepolizumabem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data .....  
Podpis pacjenta

Data .....  
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

**5. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym  
Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego  
idiopatycznego zapalenia stawów (ICD-10: M05, M06, M08) – moduł RZS**

**Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie chorych z aktywną postacią  
reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (ICD-10:  
M05, M06, M08)**

**Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:**

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

**Dane do kwalifikacji:**

Wiek pacjenta: .....

Ocena aktywności choroby (DAS28/ DAS/ SDAI):.....

<b>Kryteria kwalifikacji do leczenia</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE*</b>
1. Choroba Still'a z początkiem w wieku dorosłym (AOSD)		
2. Pacjent spełnia wszystkie kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego		
2. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		
3. Brak przeciwwskazań do leczenia biologicznego zgodnie z ChPL i rekomendacjami		
4. Pacjent spełnia kryterium aktywności choroby zgodnie z kryteriami włączenia		
5. Pacjent spełnia kryterium nieskuteczności dotychczasowego leczenia zgodnie z opisem programu		

\* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania? .....

**Ważne!** W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

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

.....

Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.....

Uwagi:

.....

.....

.....

Data: .....

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



..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (ICD-10: M05, M06, M08) – moduł RZS**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek: kanakinumab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

.....  
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w  
Chorobach Reumatycznych

**W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:**

▪ Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

▪ W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

## 5.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (ICD-10: M05, M06, M08)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie kanakinumabem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data .....

.....

Podpis pacjenta

Data .....

.....

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

**6. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do leczenia w programie lekowym  
Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego  
idiopatycznego zapalenia stawów (ICD-10: M05, M06, M08) – moduł MIZS**

**Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie chorych z aktywną postacią  
reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (ICD-10:  
M05, M06, M08)**

**Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:**

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

**Dane do kwalifikacji:**

Wiek pacjenta: .....

Ocena aktywności choroby (w 10-pktowej skali): .....

Liczba zajętych stawów: .....

<b>Kryteria kwalifikacji do leczenia</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE*</b>
1. Pacjent spełnia wszystkie kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego		
2. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		
3. Brak przeciwwskazań do leczenia biologicznego zgodnie z ChPL i rekomendacjami		
4. Pacjent spełnia kryterium aktywności choroby zgodnie z kryteriami włączenia		
5. Pacjent spełnia kryterium nieskuteczności dotychczasowego leczenia zgodnie z opisem programu		

\* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania? .....

**Ważne!** W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

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

.....

Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.....

Uwagi:

.....

.....

.....

Data: .....

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

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (ICD-10: M05, M06, M08) – moduł MIZS**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek: kanakinumab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

.....  
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w  
Chorobach Reumatycznych

**W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:**

▪ Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

▪ W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

## 6.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (ICD-10: M05, M06, M08)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie kanakinumabem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data .....

.....

Podpis pacjenta

Data .....

.....

Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorób ultraradkich oraz weryfikację jego skuteczności**

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorób ultraradkich oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III; 2) Leczenie choroby Hurler; 3) Leczenie pacjentów z chorobą Pompego; 4) Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera); 5) Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii; 6) Leczenie tyrozyinemii typu 1 (HT-1); 7) Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi; 8) Leczenie choroby Fabry'ego; 9) Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych; 10) Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną; 11) Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu; 12) Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona; 13) Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego; 14) Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową; 15) Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH); 16) Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B; 17) Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji; 18) Leczenie pacjentów z achondroplazją 19) Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) E 74.0 – Choroba spichrzeniowa glikogenu, choroba Pompego; 2) E 75 – Zaburzenia przemian sfingolipidów i inne zaburzenia spichrzenia lipidów; 3) E 76.0 – Mukopolisacharydoza typu I, choroba Hurlera; 4) E 76.1 – Mukopolisacharydoza typu II, zespół Huntera; 5) E 72.1 – Zaburzenia przemian aminokwasów zawierających siarkę; 6) E 75.2 – Inne sfingolipidozy, choroba Fabry'ego; ASMD 7) E 70.2 – Zaburzenia przemian tyrozyny; 8) E 85 – Amyloidoza, skrobiawica; 9) R 50.9 – Gorączka, nie określona; 10) D 89.8 – Inne określone zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych, niesklasyfikowane gdzie indziej; 11) D 89.9 – Zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów, nie określone; 12) E 71.1 – Inne zaburzenia przemian aminokwasów o rozgałęzionych łańcuchach; 13) E 71.3 – Zaburzenia przemian kwasów tłuszczowych; 14) E 72.3 – Zaburzenia przemian lizyny i hydroksylizyny; 15) E 72.0 – Zaburzenia transportu aminokwasów; 16) D 84.1 – Zaburzenia układu dopełniacza; 17) G 73.1 - Zespół Eatona-Lamberta; 18) E 72.2 – Zaburzenia przemian cyklu mocznikowego 19) E 83.3 – Zaburzenia przemian fosforu 20) Q 77.4 – Achondroplazja 21) D 72.11 – Zespół hipereozynofilowy
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultraradkich Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultraradkich – Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów –	lekarze specjaliści z dziedzin medycyny właściwych dla programu lekowego

	członków zespołu koordynacyjnego	
1.7	jednostka koordynująca	Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisach programów wymienionych w pkt 1.2; 2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o dokumenty, których wzór został określony w pkt 2.
1.9	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 – porada lekarska, konsultacja, asysta



2. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji oraz monitorowania leczenia pacjenta, zgodnie z opisami programów, przez Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultrarzadkich.

## I A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA POMPEGO

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

#### WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

#### A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |  |               |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____  |               |
| 25. Miejscowość _____  | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____  | 28. Nr _____  |
| 29. Tel. _____   | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |               |

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Dane auksologiczne pacjenta:**

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl \*) \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl \*) \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
40. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_ 41. centyl \*) \_\_\_\_\_ 42. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
43. Obwód klatki piersiowej (cm) \_\_\_\_\_ 44. centyl \*) \_\_\_\_\_ 45. Data pomiaru \_\_\_\_\_

\*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

**C Wywiad:**

46. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

47. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 48. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 49. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
50. Który poród \_\_\_\_\_ 51. Która ciąża \_\_\_\_\_ 52. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_ <sup>1), 2), \*)</sup>  
53. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) \_\_\_\_\_ gdy N proszę wypełnić następny punkt  
54. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_

---

---

---

\* <sup>1)</sup> ocena pewna, <sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

**Poród (T/N):**

55. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 56. Pośladowy \_\_\_\_\_ 57. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 58. Inne \_\_\_\_\_

**Akcja porodowa (T/N):**

59. Samoistna \_\_\_\_\_ 60. Wspomagana \_\_\_\_\_ (jeśli T — zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)  
61. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 62. Niedotlenienie i resuscytacja \_\_\_\_\_  
63. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_  
64. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_

---

---

---

**Inne dane z wywiadu:**

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
67. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_  
(proszę podać szczególnie dane dotyczące wad rozwojowych i innych chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D. Stan przedmiotowy:**

69. Data badania: \_\_\_\_\_
70. Ciśnienie tętnicze krwi: \_\_\_\_\_ mmHg
71. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E. Badania dodatkowe:**

72. Stężenie alfa-glukozydazy (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ ),
73. Data badania \_\_\_\_\_
74. ocena miana CRIM\* (klasyczna postać choroby) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ ),
75. Data badania \_\_\_\_\_

\* zgodnie z opisem programu – wynik nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz systemie monitorowania programów lekowych niezwłocznie po jego uzyskaniu

**F. Wynik badania genetycznego:** *(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)*

76. Data badania \_\_\_\_\_ 77. Numer badania podany przez pracownię \_\_\_\_\_

78. Metoda badania \_\_\_\_\_

79. Wynik badania \_\_\_\_\_

80. Pracownia wykonująca badanie \_\_\_\_\_

**G. Badania obrazowe:**

**USG serca** *(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)*

81. Data badania \_\_\_\_\_

82. Opis \_\_\_\_\_

**RTG kręgosłupa odcinek piersiowy i lędźwiowy** *(nieklasyczna postać choroby)*

83. Data badania \_\_\_\_\_

84. Opis \_\_\_\_\_

**USG jamy brzusznej z oceną wątroby i śledziony** *(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)*

85. Data badania \_\_\_\_\_

86. Opis \_\_\_\_\_

**RTG klatki piersiowej** *(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)*

87. Data badania \_\_\_\_\_

88. Opis \_\_\_\_\_

**H. Inne badania dodatkowe**

**EKG** *(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)*

89. Data badania \_\_\_\_\_

90. Opis \_\_\_\_\_

**Audiogram** *(nieklasyczna postać choroby)*

91. Data badania \_\_\_\_\_

92. Opis \_\_\_\_\_

**Badanie spirometryczne (nieklasyczna postać choroby)**

93. Data badania \_\_\_\_\_

94. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

95. Wynik testu 3/6 min. marszu (nieklasyczna postać choroby) \_\_\_\_\_ data badania \_\_\_\_\_

96. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):**

97. morfologia krwi, z rozmazem (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**próby wątrobowe:**

98. AspAT (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

99. ALAT(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

100. CK (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

101. CK-MB (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

102. GGTP (nieklasyczna postać choroby) data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

103. gazometria (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

104. układ krzepnięcia (INR, APTT) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

105. ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel (nieklasyczna postać choroby) data badania \_\_\_\_\_

---

## I. Inne badania i konsultacje

106. konsultacja kardiologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)  
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

107. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)  
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

108. konsultacja laryngologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)  
(nieklasyczna postać choroby)

109. konsultacja ortopedyczna z oceną statyki kręgosłupa (data konsultacji, szczegółowy opis)  
(nieklasyczna postać choroby)

110. konsultacja psychologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)  
(nieklasyczna postać choroby)

111. konsultacja okulistyczna (data konsultacji, szczegółowy opis)  
(nieklasyczna postać choroby)

112. konsultacja pulmonologiczna, szczególnie w kierunku wydolności układu oddechowego i występowania nocnych bezdechów  
(data konsultacji, szczegółowy opis)  
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

113. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku **wraz ze wskazaniem substancji czynnej**, do której pacjent jest kwalifikowany

114. Imię \_\_\_\_\_

115. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**UWAGA! Wniosek bez oceny stężeń alfa-glukozydazy oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany. Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. chorób ultrarzadkich.**

## I B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA POMPEDO

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
6. Miejsce zamieszkania pacjenta \_\_\_\_\_
7. Rozpoznanie \_\_\_\_\_
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby \_\_\_\_\_
9. Data rozpoznania choroby \_\_\_\_\_
10. Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość iniekcji			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie i z jakiego powodu)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Obwód głowy [cm]			
23. Obwód klatki piersiowej [cm]			
24. Ciśnienie tętnicze krwi [mmHg]			



Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie obserwacji (do wykonania co najmniej raz na 180 dni/co 365 dni)

miesiące obserwacji	180 dni	365 dni
25. Morfologia krwi, z rozmazem (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
26. Układ krzepnięcia (raz na 180 dni)		
Próby wątrobowe:		
27. — AspAT (co 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
28. — ALAT (co 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
29. — CK (co 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
30. — CK-MB (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
31. — saturacja krwi (co 180 dni) (nieklasyczna postać choroby)		
32. — gazometria (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
33. — układ krzepnięcia (INR, APTT) (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby)		
34. USG jamy brzusznej (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby)		
35. EKG (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
36. Spirometria (raz na 180 dni) (nieklasyczna postać choroby)		
37. RTG klatki piersiowej (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby)		
38. Test 3/6 minutowego marszu (raz na 180 dni) (nieklasyczna postać choroby)		
39. Inne badania (jakie i kiedy wykonane)		

#### Wyniki innych badań i konsultacji:

40. Wynik i data USG serca (raz na 180 dni) \_\_\_\_\_  
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

41. Wynik i data konsultacji neurologicznej\* (raz na 180 dni) \_\_\_\_\_  
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

\* dla postaci nieklasycznej konsultacja z oceną siły mięśniowej za pomocą dynamometru

42. Wynik i data badania konsultacji pulmonologicznej (z podaniem wyniku spirometrii i z oceną wydolności układu oddechowego oraz oceną częstości występowania nocnych bezdechów) (raz na 180 dni) \_\_\_\_\_  
(klasyczna postać choroby)

43. Badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa lub awalglukozydazie alfa (co 365 dni — w uzasadnionych przypadkach, badanie zalecane przez Zespół Koordynacyjny) \_\_\_\_\_  
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)
44. RTG klatki piersiowej (raz na 365 dni) \_\_\_\_\_  
(nieklasyczna postać choroby)
45. Wynik i data konsultacji ortopedycznej (opcjonalnie TRG odcinka piersiowego lub lędźwiowego kręgosłupa) (raz na 365 dni)  
(nieklasyczna postać choroby)
46. Ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel (raz na 365 dni) \_\_\_\_\_  
(nieklasyczna postać choroby)
47. Wynik i data konsultacji laryngologicznej/Wynik i data badania audiometrycznego (raz na 365 dni) \_\_\_\_\_  
(nieklasyczna postać choroby)
48. Wynik i data konsultacji pulmonologicznej (co 365 dni) \_\_\_\_\_  
(nieklasyczna postać choroby)
49. Wynik i data konsultacji kardiologicznej (co 180 dni) \_\_\_\_\_  
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)
50. Informacja nt. zmiany enzymatycznej terapii zastępczej dokonanej w oparciu o kryteria programu lekowego wraz ze szczegółową informacją dot. zmiany oraz wyniki i daty innych badań i konsultacji

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

## I C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY POMPEGO

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

**Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO**



## II A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

#### WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

#### A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |  |               |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____  |               |
| 25. Miejscowość _____  | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____  | 28. Nr _____  |
| 29. Tel. _____   | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |               |

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Dane auksologiczne pacjenta:**

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl \*) \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl \*) \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
40. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_ 41. centyl \*) \_\_\_\_\_ 42. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
43. Obwód klatki piersiowej (cm) \_\_\_\_\_ 44. centyl \*) \_\_\_\_\_ 45. Data pomiaru \_\_\_\_\_

\*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

**C Wywiad:**

46. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

47. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 48. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 49. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
50. Który poród \_\_\_\_\_ 51. Która ciąża \_\_\_\_\_ 52. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_ <sup>1), 2)</sup> \*)  
53. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ gdy N proszę wypełnić następny punkt  
54. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* <sup>1)</sup> ocena pewna, <sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

**Poród (T/N):**

55. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 56. Poślądkowy \_\_\_\_\_ 57. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 58. Inne \_\_\_\_\_

**Akcja porodowa (T/N):**

59. Samoistna \_\_\_\_\_ 60. Wspomagana \_\_\_\_\_ (jeśli T — zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)  
61. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 62. Niedotlenienie i resuscytacja \_\_\_\_\_  
63. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_  
64. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Inne dane z wywiadu:**

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
67. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_  
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)  
\_\_\_\_\_
68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D. Stan przedmiotowy:**

69. Data badania: \_\_\_\_\_
70. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyłeń w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E. Badania dodatkowe:**

71. Stężenie  $\beta$ -glukocerebrozydazy \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),
72. Data badania \_\_\_\_\_
73. Poziom przeciwciał przeciwko imiglucerazie\* \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),
74. Data badania \_\_\_\_\_

\* badanie konieczne przy decyzji o zwiększeniu dawki leku

75. Oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6\*\* \_\_\_\_\_
76. Data badania \_\_\_\_\_

\*\* wyłącznie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem

**F. Wynik badania genetycznego:**

77. Data badania \_\_\_\_\_
78. Numer badania podany przez pracownię \_\_\_\_\_
79. Metoda badania \_\_\_\_\_
80. Wynik badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
81. Pracownia wykonująca badanie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## G. Badania obrazowe:

USG układu sercowo-naczyniowego (w uzasadnionych przypadkach)

82. Data badania \_\_\_\_\_

83. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych)

84. Data badania \_\_\_\_\_

85. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

USG jamy brzusznej, z określeniem objętości śledziony i wątroby

86. Data badania \_\_\_\_\_

87. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RTG płuc

88. Data badania \_\_\_\_\_

89. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## H. Inne badania dodatkowe

EKG\*

90. Data badania \_\_\_\_\_

91. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* w przypadku kwalifikacji do terapii eliglustatem EKG z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc)

EEG (w uzasadnionych przypadkach)

92. Data badania \_\_\_\_\_

93. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ocena jakości życia SF36 lub określona inną metodą

94. Data badania \_\_\_\_\_

95. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



96. Rodzaj zastosowanej metody \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

97. Morfologia krwi pełna, z rozmazem data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Próby wątrobowe:

98. AspAT data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

99. ALAT data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Stężenie witamin:

100. vit. D, vit B12, E data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

101. Chitotriozydaza data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

102. Układ krzepnięcia (APTT, INR) data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

103. Aktywność fosfatazy alkalicznej data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

104. Badanie densytometryczne kości (DEXA) data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## I. Inne badania i konsultacje

105. konsultacja kardiologiczna w uzasadnionych przypadkach (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

106. konsultacja neurologiczna (u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby) (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

107. konsultacja ortopedyczna - w uzasadnionych przypadkach (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

108. Spirometria u pacjentów > 7 roku życia (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

109. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

---

---

110. Imię \_\_\_\_\_ 111. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

---

### UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężeń  $\beta$ -glukocerebrozydazy oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

## II B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHOROBY GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu  
Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów  
lekowych \_\_\_\_\_
6. Miejsce zamieszkania pacjenta \_\_\_\_\_
7. Rozpoznanie \_\_\_\_\_
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby \_\_\_\_\_
9. Data rozpoznania choroby \_\_\_\_\_
10. Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie  
przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość iniekcji/podań			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Obwód głowy [cm]			
23. Obwód klatki piersiowej [cm]			

**(a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie 6 mies./12 mies. Obserwacji (do wykonania co najmniej raz na 180 dni/ co 365 dni.)**

miesiące obserwacji	180	365
24. Morfologia krwi pełna, z rozmazem (co 180 dni) _____		
25. Chitotriozydaza (co 365 dni) _____		
26. EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem) (co 365 dni) _____		
27. Inne badania (jakie i kiedy wykonano) _____		
28. Ocena miana przeciwciał przeciwko welaglucerazie alfa – nie jest obligatoryjne (co 180 dni)* _____		

\* decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych

**(b) Wyniki innych badań i konsultacji:**

29. Wynik i data konsultacji kardiologicznej (co 365 dni) (w uzasadnionych przypadkach) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

30. Wynik i data MRI kości długich (co 365 dni) (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

31. Wynik i data konsultacji ortopedycznej w uzasadnionych przypadkach (co 365 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32. Spirometria u pacjentów > 7 roku życia w uzasadnionych przypadkach (co 365 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

33. Wynik i data USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony (raz na 365 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

34. USG układu sercowo-naczyniowego w uzasadnionych przypadkach w przypadku nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym (co 365 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

35. RTG płuc \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

36. Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37. Wyniki i daty innych badań i konsultacji \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ *nadruk lub pieczętka zawierające  
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis:*

Data \_\_\_\_\_

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

## II C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

### III A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY HURLER

#### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

#### WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

#### A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |  |   |
|--|---|
| 24. Pełna nazwa _____                            |   |
| 25. Miejscowość _____                            | 26. Kod _____   |
| 27. Ul. _____                                    | 28. Nr _____  |
| 29. Tel. _____                                   | 30. Fax _____   |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Dane auksologiczne pacjenta:**

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl \*) \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl \*) \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
40. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_ 41. centyl \*) \_\_\_\_\_ 42. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
43. Obwód klatki piersiowej (cm) \_\_\_\_\_ 44. centyl \*) \_\_\_\_\_ 45. Data pomiaru \_\_\_\_\_

\*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

**C Wywiad:**

46. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

47. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 48. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 49. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
50. Który poród \_\_\_\_\_ 51. Która ciąża \_\_\_\_\_ 52. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_ <sup>1), 2) \*)</sup>  
53. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N),  
54. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* <sup>1)</sup> ocena pewna, <sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

**Poród (T/N):**

55. Fizjologiczny, siłami natury 56. Pośladowy \_\_\_\_\_ 57. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 58. Inne \_\_\_\_\_

**Akcja porodowa (T/N):**

59. Samoistna \_\_\_\_\_ 60. Wspomagana \_\_\_\_\_ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)  
61. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 62. Niedotlenienie i resuscytacja \_\_\_\_\_  
63. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_  
64. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Inne dane z wywiadu:

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

67. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_

(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

\_\_\_\_\_

68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D. Stan przedmiotowy:**

69. Data badania: \_\_\_\_\_

70. Ciśnienie tętnicze krwi: \_\_\_\_\_ mmHg

71. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E. Badania dodatkowe:**

72. Stężenie  $\alpha$ -L-iduronidazy \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ ),

73. Data badania \_\_\_\_\_

74. Ilość wydanych mukopolisacharydów (glikozaminoglikanów) z moczem mg/g kreatyniny \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ ),

75. poziom przeciwciał przeciwko  $\alpha$ -L-iduronidazie\* \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ ),

76. Data badania \_\_\_\_\_

\* badanie nieobligatoryjne

**F. Wynik badania genetycznego:**

77. Data badania \_\_\_\_\_

78. Numer badania podany przez pracownię \_\_\_\_\_

79. Metoda badania \_\_\_\_\_

80. Wynik badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

81. Pracownia wykonująca badanie \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **G. Badania obrazowe:**

### **USG układu sercowo-naczyniowego**

82. Data badania \_\_\_\_\_  
83. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa**

84. Data badania \_\_\_\_\_  
85. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **MRI ośrodkowego układu nerwowego, z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa**

86. Data badania \_\_\_\_\_  
87. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **USG jamy brzusznej, ze szczególnym uwzględnieniem śledziony i wątroby**

88. Data badania \_\_\_\_\_  
89. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **H. Inne badania dodatkowe**

### **EKG**

90. Data badania \_\_\_\_\_  
91. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **EMG (ukierunkowany przede wszystkim na występowanie zespołu cieśni nadgarstka)**

92. Data badania \_\_\_\_\_

93. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Audiogram

94. Data badania \_\_\_\_\_  
95. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Wynik testu 3/6 min. marszu

96. Data badania \_\_\_\_\_  
97. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Badanie spirometryczne układu oddechowego

98. Data badania \_\_\_\_\_  
99. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej

100. Data badania \_\_\_\_\_  
101. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

102. morfologia krwi, z rozmazem data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Próby wątrobowe:

103. AspAT data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

104. ALAT

data badania \_\_\_\_\_

105. wyniki oceny równowagi kwasowo-zasadowej

data badania \_\_\_\_\_

**Stężenie witamin:**

106. vit. D

data badania \_\_\_\_\_

107. vit. E

data badania \_\_\_\_\_

108. Stężenie fosfatazy alkalicznej

data badania \_\_\_\_\_

**I. Inne badania i konsultacje**

109. Konsultacja kardiologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

110. Konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

111. Konsultacja laryngologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

112. Konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

113. Konsultacja psychologiczna, z oceną ilorazu inteligencji (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

114. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

---

---

115. Imię \_\_\_\_\_ 116. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

---

---

#### UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężeń  $\alpha$ -L-iduronidazy oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

### III B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHOROBY HURLER

#### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
6. Miejsce zamieszkania pacjenta \_\_\_\_\_
7. Rozpoznanie \_\_\_\_\_
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby \_\_\_\_\_
9. Data rozpoznania choroby \_\_\_\_\_
10. Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość iniekcji			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Obwód głowy [cm]			
23. Obwód klatki piersiowej [cm]			

24. Ciśnienie tętnicze krwi [mmHg]			
------------------------------------	--	--	--

**(a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie 6 mies./12 mies. obserwacji (do wykonania co najmniej co 6 mies./12 mies.)**

miesiące obserwacji	180	365
25. Morfologia krwi, z rozmazem (co 180 dni)		
Próby wątrobowe:		
26. — AspAT (co 180 dni)		
27. — ALAT (co 180 dni)		
28. USG jamy brzusznej z oceną objętości wątroby i śledziony (co 365 dni)		
29. EKG (co 365 dni)		
30. USG serca		
31. Wydalanie mukopolisacharydów z moczem**		
32. Stężenie fosfatazy alkalicznej (co 180 dni)		
33. Test 3/6 min. marszu (co 180 dni)		
34. Inne badania (jakie i kiedy wykonane)		

\*\* po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii a następnie co 365 dni

Wyniki innych badań i konsultacji:

Stężenie witamin (co 12 mies.)

35. D \_\_\_\_\_ 36. E \_\_\_\_\_

37. Wynik i data konsultacji ortopedycznej, z oceną ruchomości stawów (co 365 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

38. Wynik i data konsultacji kardiologicznej (co 365 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

39. Wynik i data konsultacji neurologicznej (co 365 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

40. Wynik i data badania spirometrycznego układu oddechowego (z podaniem wyniku spirometrii) (co 365 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

41. Wynik i data MRI OUN, z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa (co 365 dni) (w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

42. RTG kośćca/ RTG kręgosłupa (co 365 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
43. Wynik i data badania EMG, w kierunku występowania zespołu cieśni nadgarstka (co 365 dni, w uzasadnionych przypadkach) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
44. Wynik i data badania audiometrycznego (co 365 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
45. Wynik i data konsultacji okulistycznej, z oceną w lampie szczelinowej (co 365 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
46. Wynik i data konsultacji psychologicznej, z oceną ilorazu inteligencji (co 365 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
47. Konsultacja laryngologiczna (co 365 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
48. Wyniki i daty innych badań i konsultacji \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

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



### III C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY HURLER

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

**IV A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA  
W PROGRAMIE LECZENIE PACJENTÓW Z MUKOPOLISACHARYDOZĄ TYPU  
II  
(ZESPÓŁ HUNTERA)**

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH**

**WNIOSEK**

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)*

**A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej**

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |  |               |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____  |               |
| _____  |               |
| 25. Miejscowość _____  | 26. Kod _____ |
| 27. ul. _____  | 28. Nr _____  |
| 29. Tel. _____   | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |               |

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

\_\_\_\_\_

**B. Dane auksologiczne pacjenta:**

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl \*) \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl \*) \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
40. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_ 41. centyl \*) \_\_\_\_\_ 42. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
43. Obwód klatki piersiowej (cm) \_\_\_\_\_ 44. centyl \*) \_\_\_\_\_ 45. Data pomiaru \_\_\_\_\_

\*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

**C Wywiad:**

46. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

47. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 48. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 49. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
50. Który poród \_\_\_\_\_ 51. Która ciąża \_\_\_\_\_ 52. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_\_<sup>1),2),\*)</sup>  
53. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) \_\_\_\_\_, gdy N proszę wypełnić następny punkt  
54. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_

---

---

---

\* 1) ocena pewna, 2) ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

**Poród (T/N):**

55. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 56. Pośladowy \_\_\_\_\_ 57. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 58. Inne \_\_\_\_\_

**Akcja porodowa (T/N):**

59. Samoistna \_\_\_\_\_ 60. Wspomagana \_\_\_\_\_ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)  
61. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 62. Niedotlenienie i resuscytacja \_\_\_\_\_  
63. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_  
64. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

**Inne dane z wywiadu:**

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Leczenie:**

66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) \_\_\_\_\_

---

---

---

67. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_  
(proszę podać szczególnie dane dotyczące wad rozwojowych i innych chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

---

---

---

68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_

---

---

**D. Stan przedmiotowy:**

69. Data badania: \_\_\_\_\_

70. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

### E. Badania dodatkowe:

71. Stężenie sulfatazy iduronianu \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ ),  
72. Data badania \_\_\_\_\_  
73. Ilość wydalanych mukopolisacharydów z moczem \_\_\_\_\_ mg/g kreatyniny (zakres normy \_\_\_\_\_ ),  
74. Poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu\* \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ ),  
75. Data badania \_\_\_\_\_  
\* badanie nie jest obligatoryjne

### F. Wynik badania genetycznego<sup>1</sup>:

76. Data badania \_\_\_\_\_ 77. Numer badania podany przez pracownię \_\_\_\_\_  
78. Metoda badania \_\_\_\_\_  
79. Wynik badania \_\_\_\_\_

80. Pracownia wykonująca badanie \_\_\_\_\_

### G. Badania obrazowe:

#### EKG

81. Data badania \_\_\_\_\_  
82. Opis \_\_\_\_\_

#### RTG kręgosłupa

83. Data badania \_\_\_\_\_  
84. Opis \_\_\_\_\_

#### MRI ośrodkowego układu nerwowego, z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa

85. Data badania \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Badanie nie jest ujęte w opisie programu (badanie nie jest obligatoryjne)

86. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

USG jamy brzusznej, ze szczególnym uwzględnieniem śledziony i wątroby

87. Data badania \_\_\_\_\_  
88. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

RTG klatki piersiowej

89. Data badania \_\_\_\_\_  
90. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**H. Inne badania dodatkowe**

EMG (ukierunkowany przede wszystkim na występowanie zespołu cieśni nadgarstka)

91. Data badania \_\_\_\_\_  
92. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Audiogram

93. Data badania \_\_\_\_\_

94. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Badanie spirometryczne

95. Data badania \_\_\_\_\_

96. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Wynik testu 3/6 min. marszu

97. Data badania \_\_\_\_\_

98. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

99. układ krzepnięcia data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

100. proteinogram data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

próby wątrobowe:

101. AspAT

data badania \_\_\_\_\_

---

---

---

102. ALAT

data badania \_\_\_\_\_

---

---

---

103. CK

data badania \_\_\_\_\_

---

---

---

104. stężenie bilirubiny całkowitej

data badania \_\_\_\_\_

---

---

---

stężenie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach:

105. EEG

data badania \_\_\_\_\_

---

---

---

106. Echokardiografia

data badania \_\_\_\_\_

---

---

---

107. Gazometria

data badania \_\_\_\_\_



---

---

---

108. Test SF36

data badania \_\_\_\_\_

---

---

---

## **I. Inne badania i konsultacje**

109. Konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

---

---

110. Konsultacja psychologiczna, z oceną ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

---

---

111. Konsultacja okulistyczna, (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

---

---

112. Badanie narządu ruchu i funkcji motorycznych (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

---

---

113. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

---

---

---

---

114. Imię \_\_\_\_\_ 115. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

---

---

#### UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężeń siarczanu iduronianu oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

#### IV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE PACJENTÓW MUKOPOLISACHARYDOZĄ TYPU II

##### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię \_\_\_\_\_ 2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_ 6. Nr historii choroby \_\_\_\_\_
- Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
7. Rozpoznanie \_\_\_\_\_
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby \_\_\_\_\_
9. Data rozpoznania choroby \_\_\_\_\_ 10. Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
12. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
13. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
14. Dawka leku [mg/kg]			
15. Dawka podanego leku [mg]			
16. Częstość iniekcji			
17. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
18. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
19. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
20. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
21. Wysokość ciała [cm]			
22. Masa ciała [kg]			
23. Obwód głowy [cm]			
24. Obwód klatki piersiowej [cm]			

**(a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie 6 mies./12 mies. obserwacji (do wykonania co najmniej co 6 mies./12 mies.)**

miesiące obserwacji	180	365
25. Układ krzepnięcia (co 180 dni)		
26. Gazometria (co 180 dni)		
Próby wątrobowe:		
27. — CK (co 180 dni)		
28. — AspAT (co 180 dni)		
29. — ALAT (co 180 dni)		
30. — stężenie bilirubiny całkowitej (co 180 dni)		
31. USG jamy brzusznej (co 180 dni)		
32. EKG (co 180 dni)		
33. Echokardiografia (co 180 dni)		
34. Wydalanie mukopolisacharydów z moczem (co 180 dni)		
35. Wynik testu 3/6 min. marszu (co 180 dni)		
36. Test SF 36		
37. Poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (nie jest obowiązkowe, co 180 dni)		
38.		
39. Inne badania (jakie i kiedy wykonane)		

**(b) Wyniki innych badań i konsultacji:**

40. Wynik i data konsultacji ortopedycznej (co 180 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

41. Wynik i data badania wydolności układu oddechowego (z podaniem wyniku spirometrii) (co 180 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

42. Wynik i data MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa (w uzasadnionych przypadkach, przede wszystkim w przypadku wodogłowa, co 365 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

43. RTG kręgosłupa (co 365 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

44. Wynik i data badania EMG w kierunku występowania zespołu cieśni nadgarstka (co 365 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

45. Wynik i data badania audiometrycznego (co 365 dni) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

46. Wynik i data konsultacji okulistycznej z oceną dna oka (co 365 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
47. Wynik i data konsultacji psychologicznej, z oceną ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci (co 180 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
48. RTG klatki piersiowej (co 365 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
49. Badanie narządu ruchu i funkcji motorycznych \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
50. EEG (co 180 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
51. Wyniki i daty innych badań i konsultacji \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*nadruk lub pieczęć zawierające  
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

#### IV C. Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie preparatem oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

**V A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA Z  
UŻYCIEM BETAINY W PROGRAMIE „LECZENIE CIĘŻKICH, WRODZONYCH  
HIPERHOMOCYSTEINEMII”**

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH**

**WNIOSEK**

**o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie „Leczenie ciężkich, wrodzonych  
hiperhomocysteinemii”  
preparatem betaina**

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na  
wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)*

**A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej**

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |  |   |
|--|---|
| 24. Pełna nazwa _____                            |   |
| 25. Miejscowość _____                            | 26. Kod _____   |
| 27. Ul. _____                                    | 28. Nr _____  |
| 29. Tel. _____                                   | 30. Fax _____   |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

**B. Dane auksologiczne pacjenta:**

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl <sup>\*)</sup> \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl <sup>\*)</sup> \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
40. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_ 41. centyl <sup>\*)</sup> \_\_\_\_\_ 42. Data pomiaru \_\_\_\_\_

\*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do aktualnych siatek centylowych, obecnie wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

**C Wywiad:**

43. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 44. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 45. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
46. Który poród \_\_\_\_\_ 47. Która ciąża \_\_\_\_\_ 48. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_ <sup>1), 2) \*)</sup>  
49. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), \_\_\_\_\_ gdy N proszę opisać nieprawidłowości \_\_\_\_\_

\* <sup>1)</sup> ocena pewna, <sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

**Poród (T/N):**

50. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 51. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_

**Akcja porodowa (T/N):**

52. Ocena wg skali Apgar: w 1 min \_\_\_\_\_ w 5 min \_\_\_\_\_  
53. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Inne dane z wywiadu:**

54. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy było podwichnięcie soczewki (Tak/Nie): \_\_\_\_\_

Czy pacjent miał wykonaną lensektomię jeżeli tak to kiedy: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

55. Czy pacjent był leczony betainą (Tak/Nie) — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

56. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_  
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



57. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### D. Stan przedmiotowy:

58. Data badania: \_\_\_\_\_

59. Ciśnienie tętnicze krwi: \_\_\_\_\_ mmHg

60. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### E. Badania dodatkowe:

61. Poziom homocysteiny całkowitej we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

62. Poziom metioniny we krwi (aminoacydogram — opis) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

##### Morfologia krwi:

63. Hematokryt \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

64. Hemoglobina \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

65. Liczba erytrocytów \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

66. Liczba leukocytów \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

67. Rozmaz (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

68. Liczba płytek krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

69. Stężenie witaminy B12 we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

70. Stężenie kwasu foliowego we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

71. Profil kwasów organicznych moczu (metodą GC/MS) z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

72. Profil acylokarnityn (stężenie C3-karnityny w suchej kropli krwi — metodą MS/MS) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

73. Stężenie vit. 25 OH D<sub>3</sub> \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

74. Stężenie Ca całkow. we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

75. Stężenie fosforanów we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

76. Stężenie fosfatazy alkalicznej we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

##### Test obciążenia witaminą B6 24 godziny po podaniu:

100 mg witaminy B6	77. Homocysteina we krwi _____	78. Metionina (osocze/surowica) _____
200 mg witaminy B6	79. Homocysteina we krwi _____	80. Metionina (osocze/surowica) _____
500 mg witaminy B6 (300 mg	81. Homocysteina we krwi _____	82. Metionina (osocze/surowica) _____

u dzieci <3 roku życia)

Uwaga! W celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych wskazane jest wykonanie powyższych badań w jednym czasie (ta sama data pobrania).

#### **F. Badania enzymatyczne i komplementarności (w uzasadnionych przypadkach)**

83. Data badania \_\_\_\_\_ 84. Numer badania podany przez pracownię \_\_\_\_\_

85. Metoda badania \_\_\_\_\_

86. Wynik badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

87. Pracownia wykonująca badanie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **G. Wynik badania genetycznego (w uzasadnionych przypadkach)**

88. Data badania \_\_\_\_\_ 89. Numer badania podany przez pracownię \_\_\_\_\_

90. Metoda badania \_\_\_\_\_

91. Wynik badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

92. Pracownia wykonująca badanie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **H. Badania obrazowe:**

MRI ośrodkowego układu nerwowego

93. Data badania \_\_\_\_\_

94. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Badanie densytometryczne kości (u pacjentów powyżej 5 roku życia)

95. Data badania \_\_\_\_\_

96. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **I. Inne badania i konsultacje**

97. Konsultacja psychologiczna, z oceną ilorazu inteligencji (data konsultacji, szczegółowy opis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

98. Konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej — jeżeli pacjent nie przebył lensektomii (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

99. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

100. Wynik i data konsultacji dietetycznej. \_\_\_\_\_

Dieta z ograniczeniem białka (Tak/Nie) \_\_\_\_\_

Jeżeli była stosowana to proszę podać dobowe spożycie białka \_\_\_\_\_ g / kg m.c. / d

Opis konsultacji: \_\_\_\_\_

---

101. inne badania i konsultacje (rodzaj, data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

102. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku (opis)

---

---

---

103. Imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek \_\_\_\_\_

*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*

---

**V B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU  
„LECZENIE CIĘŻKICH, WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII”**

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH**

**Karta obserwacji**

**pacjenta leczonego betainą w ramach programu „Leczenie ciężkich, wrodzonych  
hiperhomocysteinemii”**

*(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu  
Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)*

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów  
lekowych \_\_\_\_\_
6. Miejsce zamieszkania pacjenta \_\_\_\_\_
7. Rozpoznanie \_\_\_\_\_
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby \_\_\_\_\_
9. Data rozpoznania choroby \_\_\_\_\_
10. Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku), czy były przerwy w podawaniu leku — opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Wynik badania przedmiotowego (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies.  
obserwacji)  
data badania \_\_\_\_\_ opis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Czy w okresie 6 mies. obserwacji występowały inne choroby? (T / N) \_\_\_\_\_  
Jeżeli tak to proszę szczegółowo je opisać, z podaniem zastosowanego leczenia (rodzaj leku, dawka)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

miesiące obserwacji	Przed wprowadzeniem leczenia	W okresie 6 mies. obserwacji	W okresie poprzedniej 6 mies. obserwacji
14. Dawka leku [mg/kg]	—		
15. Dawka sumaryczna podanego leku [mg]	—		
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)	—		
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)	—		
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Obwód głowy [cm]			
23. Ciśnienie tętnicze krwi [mmHg]			

(a) Badania dodatkowe wykonane w okresie 6 mies. obserwacji

Miesiące obserwacji	Przed wprowadzeniem leczenia	W okresie 6 mies. obserwacji	W okresie poprzedniej 6 mies. obserwacji
24. Stężenie homocysteiny całkowitej we krwi			
25. Stężenie metioniny we krwi (aminoacydogram)			
Morfologia krwi:			
26. Hematokryt			
27. Hemoglobina			
28. Liczba erytrocytów			
29. Liczba leukocytów			
30. Rozmaz (opis) _____			
31. Liczba płytek krwi			
32. Stężenie witaminy B12 we krwi			
33. Stężenie kwasu foliowego we krwi			
34. Stężenie vit. 25 OH D <sub>3</sub>			
35. Stężenie Ca całkow. we krwi			
36. Stężenie fosforanów we krwi			
37. Stężenie fosfatazy alkalicznej we krwi			

Uwaga!

W celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych wskazane jest wykonanie badań w tym samym czasie (ta sama data pobrania).

(b) Wyniki innych badań i konsultacji:

38. Wynik i data konsultacji neurologicznej

---



---

39. Wynik i data konsultacji psychologicznej, z oceną ilorazu inteligencji \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

40. Wynik i data badania densytometrycznego kośćca (dotyczy pacjentów > 5 roku życia) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

41. Wynik i data konsultacji dietetycznej. \_\_\_\_\_

Dieta z ograniczeniem białka (Tak/Nie) \_\_\_\_\_ Dobowe spożycie białka \_\_\_\_\_ g / kg m.c. / d

Opis konsultacji: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

42. Wyniki i daty innych badań i konsultacji \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## V C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE „LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII”

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/Zostałam\(em\) poinformowana\(y\) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/Zostałam(em)_poinformowana(y)_o_istocie_choroby,_możliwości_wystąpienia_objawów_niepożądanych_i_powikłań_zastosowanej_terapii_oraz_o_możliwości_zaprzestania_terapii).

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

## VI A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA TYROZYNEMII TYPU I (HT-1)

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

### WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

#### A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |  |   |
|--|---|
| 24. Pełna nazwa _____                            |   |
| 25. Miejscowość _____                            | 26. Kod _____   |
| 27. Ul. _____                                    | 28. Nr _____  |
| 29. Tel. _____                                   | 30. Fax _____   |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*



**B. Dane auksologiczne pacjenta:**

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl <sup>\*)</sup> \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl <sup>\*)</sup> \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
40. Powierzchnia ciała (m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_

\*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

**C. Wywiad:**

41. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 43. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 44. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
45. Który poród \_\_\_\_\_ 46. Która ciąża \_\_\_\_\_ 47. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_ <sup>1), 2)</sup> \*)  
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) \_\_\_\_\_, gdy N proszę wypełnić następujący punkt  
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* <sup>1)</sup> ocena pewna, <sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

**Poród (T/N):**

50. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 51. Pośladowki \_\_\_\_\_ 52. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 53. Inne \_\_\_\_\_

**Akcja porodowa (T/N):**

54. Samoistna \_\_\_\_\_ 55. Wspomagana \_\_\_\_\_ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)  
56. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 57. Niedotlenienie i resuscytacja  
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_  
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Inne dane z wywiadu:**

60. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

61. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) \_\_\_\_\_

---

---

---

62. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_  
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

---

---

---

63. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_

---

---

**D. Stan przedmiotowy:**

64. Data badania: \_\_\_\_\_

65. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

## E. Badania:

66. Oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynioacetonu: \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_
67. Data badania \_\_\_\_\_
68. Oznaczenie bursztynioacetonu w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_
69. Data badania \_\_\_\_\_
70. Oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_
71. Data badania \_\_\_\_\_
72. Oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu — tyrozyna \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_
73. Data badania \_\_\_\_\_
74. Morfologia krwi, z płytkami krwi \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_
75. Data badania \_\_\_\_\_
76. ALAT \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_
77. Data badania \_\_\_\_\_
78. AspAT \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_
79. Data badania \_\_\_\_\_
80. Bilirubina całkowita i frakcje \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_
81. Data badania \_\_\_\_\_
82. Fosfataza alkaliczna \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_
83. Data badania \_\_\_\_\_
84. GGTP \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_
85. Data badania \_\_\_\_\_
86. INR \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_
87. Data badania \_\_\_\_\_
88. Czas protrombinowy \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

89.	Data badania _____	
90.	APPT	zakres normy _____
<hr/>		
91.	Data badania _____	
92.	Białko całkowite, albuminy we krwi	zakres normy _____
<hr/>		
93.	Data badania _____	
94.	Gazometria	zakres normy _____
<hr/>		
95.	Data badania _____	
96.	Sód, potas, chlorki we krwi	zakres normy _____
<hr/>		
97.	Data badania _____	
98.	Wapń, fosfor we krwi	zakres normy _____
<hr/>		
99.	Data badania _____	
100.	Wapń, fosfor w moczu	zakres normy _____
<hr/>		
101.	Data badania _____	
102.	Mocznik, kreatynina we krwi	zakres normy _____
<hr/>		
103.	Data badania _____	
104.	Kwas moczowy we krwi	zakres normy _____
<hr/>		
105.	Data badania _____	
106.	Kwas moczowy w moczu	zakres normy _____
<hr/>		
107.	Data badania _____	
108.	Kreatynina w moczu	zakres normy _____
<hr/>		
109.	Data badania _____	

## F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej z oceną wątroby

110. Data badania \_\_\_\_\_

111. Opis \_\_\_\_\_

---

---

Badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej

112. Data badania \_\_\_\_\_

113. Opis \_\_\_\_\_

---

---

## G. Inne badania i konsultacje

114. Konsultacja dietetyczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

115. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

---

---

---

116. Imię \_\_\_\_\_ 117. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

\_\_\_\_\_

### UWAGA!

1. Wniosek bez uzupełnienia danych dot. niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

## VI B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1)

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu  
Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów  
lekowych \_\_\_\_\_
6. Miejsce zamieszkania pacjenta \_\_\_\_\_
7. Rozpoznanie \_\_\_\_\_
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby \_\_\_\_\_
9. Data rozpoznania choroby \_\_\_\_\_
10. Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie  
przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			

22. Powierzchnia ciała			
------------------------	--	--	--

- a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w trakcie monitorowania terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy.
- b) U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozydemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc.

miesiące obserwacji	1 m-c	2	3	4	5	6
23. oznaczenie bursztynyloacetonu w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas						
24. oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny						
25. oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu – tyrozyna						
26. morfologia krwi, z płytkami krwi						
27. ALAT						
28. AspAT						
29. bilirubina całkowita i frakcje						
30. fosfataza alkaliczna						
31. GGTP						
32. INR						
33. czas protrombinowy						
34. APPT						
35. białko całkowite, albuminy we krwi						
36. wapń, fosfor we krwi						
37. wapń, fosfor w moczu						
38. mocznik we krwi						
39. kreatynina we krwi						
40. kwas moczowy we krwi						
41. kwas moczowy w moczu						
42. kreatynina w moczu						

43. USG jamy brzusznej z oceną wątroby (data konsultacji, szczegółowy opis)

---



---

44. badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej (data konsultacji, szczegółowy opis)

---



---

45. konsultacja dietetyczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

46. Wyniki i daty innych badań i konsultacji

---

---

W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej.

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

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



## VI C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

## VII A WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH – SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

#### WNIOSEK

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)*

#### A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |                       |
|-----------------------|
| 24. Pełna nazwa _____ |
|-----------------------|

- |                       |               |
|-----------------------|---------------|
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
|-----------------------|---------------|

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
|---------------|--------------|

- |                |               |
|----------------|---------------|
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
|----------------|---------------|

- |  |   |
|--|---|
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |
|--|---|

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl \*) \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl \*) \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_

\*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej – dotyczy osób <18 roku życia

## C. Wywiad:

40. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA DOTYCZĄCE DOTYCHCZASOWEGO PRZEBIEGU CHOROBY  
zakreślając właściwą odpowiedź lub opisowo:

41. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby ( wiek w miesiącach lub latach ) i jaki miały charakter ?  
Kiedy i jaki wrodzony zespół autozapalny rozpoznano u pacjenta? \_\_\_\_\_
42. Czy objawy występują stale? TAK / NIE \_\_\_\_\_
43. Czy objawy mają charakter nawrotowy TAK / NIE \_\_\_\_\_
44. Jeśli TAK w pkt 43., to jak często występują nawroty od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_, średnio co \_\_\_\_\_ tygodni
45. Jeśli tak w pkt 43., to czy objawy nawracają z regularnością do 2 tygodni? TAK / NIE \_\_\_\_\_
46. Jak długo trwają nawroty objawów: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ dni, średnio \_\_\_\_\_ dni
47. Czy w czasie epizodów obserwuje się gorączkę powyżej 38,5 stopni? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
48. Czy w czasie epizodów obserwuje się zapalenia stawów? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE  
Jeśli tak, to jakich \_\_\_\_\_
49. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle mięśni NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE  
Jeśli tak, to jakich \_\_\_\_\_
50. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle głowy? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE  
Jeśli tak, to jakich \_\_\_\_\_
51. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle stawów? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE  
Jeśli tak, to jakich \_\_\_\_\_
52. Czy w czasie epizodów obserwuje się objawy oponowe? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
53. Czy w czasie epizodów obserwuje się obrzęki wokół oczu? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
54. Czy w czasie epizodów obserwuje się zapalenie błony naczyniowej oczu ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
55. Czy w czasie epizodów obserwuje się zmiany na śluzówkach jamy ustnej ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE  
Jeśli tak, to jakie \_\_\_\_\_
56. Czy w czasie epizodów obserwuje się zmiany na migdałkach podniebiennych ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.  
Jeśli tak, to jakie \_\_\_\_\_
57. Czy w czasie epizodów obserwuje się powiększenie węzłów chłonnych ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.  
Jeśli tak, to jakich \_\_\_\_\_

58. Czy w czasie epizodów obserwuje się kaszel i/lub bóle w klatce piersiowej i/lub wysięki w opłucnej ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

59. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle brzucha ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

60. Czy w czasie epizodów obserwuje się biegunki? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

61. Czy w czasie epizodów obserwuje się krew w stolcu ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

62. Czy w czasie epizodów obserwuje się zmiany skórne ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

63. Czy u pacjenta stwierdzono niedosłuch ? TAK / NIE / NIE WYKONYWANO BADANIA SŁUCHU

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

64. Czy u pacjenta stwierdza się upośledzenie rozwoju psychoruchowego TAK / NIE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

65. Czy u pacjenta stwierdza się inne objawy/ dolegliwości pomiędzy nawrotami choroby ? TAK / NIE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

66. Czy rozpoznano u pacjenta nadciśnienie tętnicze TAK / NIE

Jeśli tak, to kiedy, o jakim podłożu i jak leczone \_\_\_\_\_

67. Czy rozpoznano u pacjenta niewydolność nerek i/lub białkomocz i /lub krwinkomocz TAK / NIE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

68. Czy pacjent był/jest leczony anakinrą TAK / NIE

Jeśli tak, to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

69. Czy pacjent był/jest leczony innymi lekami TAK/NIE

Jeśli tak, to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

70. Inne choroby przewlekłe TAK/ NIE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### D. Stan przedmiotowy:

71. Data badania: \_\_\_\_\_

72. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### E. Badania:

73. Data badania \_\_\_\_\_

74. Morfologia krwi z rozmazem \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

75. Data badania \_\_\_\_\_

76. ALAT \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

77. Data badania \_\_\_\_\_

78. AspAT \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

79. Data badania \_\_\_\_\_

80. GGTP \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

81. Data badania \_\_\_\_\_

82. Ob. \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

83. Data badania \_\_\_\_\_

84. CRP \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

85. Data badania \_\_\_\_\_

86. SAA \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

87. Data badania \_\_\_\_\_

88.	Prokalcytonina	zakres normy _____
	_____	
	_____	
89.	Data badania _____	
90.	Ferrytyna	zakres normy _____
	_____	
	_____	
91.	Data badania _____	
92.	Czas protrombinowy	zakres normy _____
	_____	
	_____	
93.	Data badania _____	
94.	APPT	zakres normy _____
	_____	
	_____	
95.	Data badania _____	
96.	D-dimery	zakres normy _____
	_____	
97.	Data badania _____	
98.	Fibrynogen	zakres normy _____
	_____	
	_____	
99.	Data badania _____	
100.	Mocznik, kreatynina we krwi	zakres normy _____
	_____	
	_____	
101.	Data badania _____	
102.	Klirens kreatyniny	zakres normy _____
	_____	
	_____	
103.	Data badania _____	
104.	Ciśnienie tętnicze skurczowe/rozkurczowe	zakres normy _____
	_____	
	_____	
	_____	

105. Data badania \_\_\_\_\_
106. Albuminy i proteinogram \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_
107. Data badania \_\_\_\_\_
108. Badanie serologiczne HBV i HCV \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

## F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej z oceną wątroby

109. Data badania \_\_\_\_\_
110. Opis \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Badanie RTG klatki piersiowej

111. Data badania \_\_\_\_\_
112. Opis \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## G. Inne badania i konsultacje ( w zależności od wskazań klinicznych)

113. Konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu (data konsultacji, szczegółowy opis)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
114. Konsultacja neurologiczna z/bez badaniem obrazowym OUN (data konsultacji, szczegółowy opis)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
115. Konsultacja okulistyczna z badaniem odcinka przedniego i dna oka (data konsultacji, szczegółowy opis)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
116. Konsultacja kardiologiczna z badaniem ECHO serca (data konsultacji, szczegółowy opis)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

117. Konsultacja stomatologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

118. Badania genetyczne w kierunku zespołów autozapalnych (data, szczegółowy opis)

---

---

119. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

---

120. Imię \_\_\_\_\_ 121. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

---

---

#### UWAGA!

Wniosek bez uzupełnienia danych dotyczących niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

**Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. chorób ultrazadkowych z dopiskiem „Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego”.**



## VII B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIA WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

### SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

*(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)*

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
6. Miejsce zamieszkania pacjenta \_\_\_\_\_
7. Rozpoznanie \_\_\_\_\_
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby \_\_\_\_\_
9. Data rozpoznania choroby \_\_\_\_\_
10. Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis \_\_\_\_\_
12. Czy leczenie jest skuteczne? \_\_\_\_\_

Tak całkowicie uzyskano ustąpienie objawów klinicznych i normalizację badań laboratoryjnych

Tak częściowo - ustąpienie objawów klinicznych, nadal istotnie nieprawidłowe badania laboratoryjne

Tak częściowo - występują objawy kliniczne, prawidłowe są badania laboratoryjne

Tak częściowo - występują objawy kliniczne i nieprawidłowe są badania laboratoryjne, ale o mniejszym nasileniu

Nie - brak odpowiedzi na leczenie

Nie - utrata odpowiedzi na leczenie

13. Inne badania i konsultacje w zależności od wskazań klinicznych \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Informacje dot. pacjenta zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

nadruk lub pieczętka zawierające  
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis:

\_\_\_\_\_

nadruk lub pieczętka zawierające

Data \_\_\_\_\_

imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis:

\_\_\_\_\_

## VII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie (mojego dziecka\*) oraz zobowiązuję się do przyjmowania (podawania\*) leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

## VIII A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

#### WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych )

#### A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

1. Nr wniosku \_\_\_\_\_ 2. Inicjały pacjenta \_\_\_\_\_ 3. PESEL pacjenta \_\_\_\_\_  
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_ 5. Płeć \_\_\_\_\_ 6. Data wystawienia wniosku \_\_\_\_\_  
7. Imię \_\_\_\_\_ 8. Nazwisko \_\_\_\_\_

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

9. Imię \_\_\_\_\_ 10. Nazwisko \_\_\_\_\_

Matka:

11. Imię \_\_\_\_\_ 12. Nazwisko \_\_\_\_\_

Opiekun:

13. Imię \_\_\_\_\_ 14. Nazwisko \_\_\_\_\_

Miejsce zamieszkania pacjenta:

15. Miejscowość \_\_\_\_\_ 16. Kod \_\_\_\_\_  
17. Poczta \_\_\_\_\_ 18. Ulica \_\_\_\_\_  
19. Nr domu \_\_\_\_\_ 20. Nr mieszkania \_\_\_\_\_ 21. Woj. \_\_\_\_\_  
22. Tel. dom. \_\_\_\_\_ 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów \_\_\_\_\_

Jednostka wystawiająca wniosek:

24. Pełna nazwa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25. Miejscowość \_\_\_\_\_ 26. Kod \_\_\_\_\_  
27. Ul. \_\_\_\_\_ 28. Nr \_\_\_\_\_  
29. Tel. \_\_\_\_\_ 30. Fax \_\_\_\_\_  
31. Nr karty lub historii choroby pacjenta \_\_\_\_\_ nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

**B. Dane auksologiczne pacjenta:**

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl \*) \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl \*) \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
40. Wskaźnik masy ciała (BMI) \_\_\_\_\_

\*) Określane dla pacjentów do 18. r.ż, dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

**C. Wywiad:**

41. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 43. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 44. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
45. Który poród \_\_\_\_\_ 46. Która ciąża \_\_\_\_\_ 47. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_<sup>1), 2) \*)</sup>  
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) \_\_\_\_\_ gdy N proszę wypełnić następny punkt  
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_

---

---

---

\*<sup>1)</sup> ocena pewna, <sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

**Poród (T/N):**

50. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 51. Pośladowy \_\_\_\_\_ 52. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 53. Inne \_\_\_\_\_

**Akcja porodowa (T/N):**

54. Samoistna \_\_\_\_\_ 55. Wspomagana \_\_\_\_\_ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)  
56. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 57. Niedotlenienie i resuscytacja  
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_  
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_

---

**Inne dane z wywiadu – w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry’ego**

(w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angikeratomy)

60. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. \_\_\_\_\_

---

---

61. Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza

62. Postać choroby Fabry`ego\*: klasyczna / nieklasyczna  
\* niepotrzebne skreślić

63. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce, przez kogo, czy obecnie jest w trakcie terapii, jeżeli tak – jaką substancją czynną) \_\_\_\_\_

64. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_  
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

65. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_

#### D. Stan przedmiotowy:

66. Data badania: \_\_\_\_\_

67. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_

#### E. Badania:

68. Wynik badania genetycznego (w przypadku kwalifikacji do leczenia migalastatem – obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego) \_\_\_\_\_

69. Data badania \_\_\_\_\_

70. Oznaczenie poziomu globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3): \_\_\_\_\_

zakres normy \_\_\_\_\_

71. Data badania \_\_\_\_\_

72. Ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry lub osoczu lub surowicy (zgodnie z kryteriami kwalifikacji) \_\_\_\_\_

zakres normy \_\_\_\_\_

73. Data badania \_\_\_\_\_

74. Morfologia krwi z rozmazem \_\_\_\_\_

zakres normy \_\_\_\_\_

75. Data badania \_\_\_\_\_

76. ALAT _____	
zakres normy _____	77. Data badania _____
78. AspAT _____	
_____	
_____	
zakres normy _____	79. Data badania _____
80. Kinaza keratynowa (CK) _____	
_____	
_____	
zakres normy _____	81. Data badania _____
82. Bilirubina całkowita _____	
zakres normy _____	83. Data badania _____
84. Badanie ogólne moczu _____	
zakres normy _____	85. Data badania _____
86. Stężenie kreatyniny i mocznika _____	
_____	
_____	
zakres normy _____	87. Data badania _____
88. eGFR (w przypadku kwalifikacji do migalastatu $GFR \geq 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$ ) _____	
_____	
_____	
zakres normy _____	89. Data badania _____
90. Wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria _____	
_____	
_____	
zakres normy _____	91. Data badania _____
92. Stężenie glukozy na czczo _____	
_____	
_____	
zakres normy _____	93. Data badania _____
94. Lipidogram _____	
_____	
_____	
zakres normy _____	95. Data badania _____
96. Troponina _____	
_____	
_____	
zakres normy _____	97. Data badania _____

## F. Badania obrazowe:

### USG jamy brzusznej z oceną nerek

98. Data badania \_\_\_\_\_

99. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### EKG

100. Data badania \_\_\_\_\_

101. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Echokardiografia spoczynkowa

102. Data badania \_\_\_\_\_

103. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera

104. Data badania \_\_\_\_\_

105. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Rezonans magnetyczny mózgu

106. Data badania \_\_\_\_\_

107. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## G. Inne badania i konsultacje

108. Konsultacja kardiologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

109. Konsultacja nefrologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



110. Konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

111. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

---

---

---

112. Imię \_\_\_\_\_

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

---

113. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

---

**UWAGA!**

1. Wniosek bez uzupełnienia danych dot. niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

## VIII B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHOROBY FABRY`EGO

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu  
Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić np. pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów  
lekowych \_\_\_\_\_
6. Miejsce zamieszkania pacjenta \_\_\_\_\_
7. Rozpoznanie \_\_\_\_\_
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby \_\_\_\_\_
9. Data rozpoznania choroby \_\_\_\_\_
10. Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie  
przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			

- a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w trakcie monitorowania terapii należy przeprowadzać co 6 miesięcy.

Badanie	Wynik	Norma
22. morfologia krwi z rozmazem		
23. ALAT		
24. AspAT		
25. kinaza keratynowa (CK)		
26. bilirubina całkowita		
27. stężenie kreatyniny		
28. stężenie mocznika		
29. eGFR		
Wydalenie białka z moczem:		
30. proteinuria		
31. albuminuria		
32. lipidogram		
33. poziom lyso-Gb3		
34. ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie*		

\*w uzasadnionych przypadkach

35. EKG (data konsultacji, szczegółowy opis)

---



---

36. Echokardiografia spoczynkowa (data konsultacji, szczegółowy opis)

---



---

37. 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera (data konsultacji, szczegółowy opis w uzasadnionych przypadkach)

---



---

38. Konsultacja kardiologiczne (data konsultacji, szczegółowy opis)

---



---

39. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

---



---

40. konsultacja nefrologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

41. Rezonans magnetyczny OUN (data konsultacji, szczegółowy opis, w uzasadnionych przypadkach)

---

---

42. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą)

---

---

43. Wywiad w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry`ego (w tym tolerancji ciepła, zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji wlewów

---

---

44. Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza

---

---

45. Wyniki i daty innych badań i konsultacji

---

---

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

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

## VIII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/).

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

\* niepotrzebne skreślić

**IX A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH**

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROBY ULTRARZADKICH**

**WNIOSEK**

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

**A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej**

1. Nr wniosku \_\_\_\_\_ 2. Inicjały pacjenta \_\_\_\_\_ 3. PESEL pacjenta \_\_\_\_\_  
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_ 5. Płeć \_\_\_\_\_ 6. Data wystawienia wniosku \_\_\_\_\_  
7. Imię \_\_\_\_\_ 8. Nazwisko \_\_\_\_\_

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

9. Imię \_\_\_\_\_ 10. Nazwisko \_\_\_\_\_

Matka:

11. Imię \_\_\_\_\_ 12. Nazwisko \_\_\_\_\_

Opiekun:

13. Imię \_\_\_\_\_ 14. Nazwisko \_\_\_\_\_

Miejsce zamieszkania pacjenta:

15. Miejscowość \_\_\_\_\_ 16. Kod \_\_\_\_\_  
17. Poczta \_\_\_\_\_ 18. Ulica \_\_\_\_\_  
19. Nr domu \_\_\_\_\_ 20. Nr mieszkania \_\_\_\_\_ 21. Woj. \_\_\_\_\_  
22. Tel. dom. \_\_\_\_\_ 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów \_\_\_\_\_

Jednostka wystawiająca wniosek:

24. Pełna nazwa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25. Miejscowość \_\_\_\_\_ 26. Kod \_\_\_\_\_  
27. Ul. \_\_\_\_\_ 28. Nr \_\_\_\_\_  
29. Tel. \_\_\_\_\_ 30. Fax \_\_\_\_\_  
31. Nr karty lub historii choroby pacjenta \_\_\_\_\_ nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Dane auksologiczne pacjenta:**

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl \*) \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl \*) \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
40. Wskaźnik masy ciała (BMI) \_\_\_\_\_

\*) Określane dla pacjentów do 18. r.ż, dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylogowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

**C. Wywiad:**

41. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 43. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 44. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
45. Który poród \_\_\_\_\_ 46. Która ciąża \_\_\_\_\_ 47. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_<sup>1)</sup>, 2) \*)  
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) \_\_\_\_\_ gdy N proszę wypełnić następny punkt  
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* 1) ocena pewna, 2) ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

**Poród (T/N):**

50. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 51. Pośladowy \_\_\_\_\_ 52. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 53. Inne \_\_\_\_\_

**Akcja porodowa (T/N):**

54. Samoistna \_\_\_\_\_ 55. Wspomagana \_\_\_\_\_ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)  
56. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 57. Niedotlenienie i resuscytacja  
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_  
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Rozpoznanie:**

60. Data rozpoznania lub wiek rozpoznania: \_\_\_\_\_  
61. Rozpoznanie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
62. Podstawa postawienia rozpoznania (należy zaznaczyć właściwe): biochemiczne ☐, enzymatyczne ☐, molekularne ☐,

**Badanie podmiotowe:**

63. Data badania: \_\_\_\_\_

64. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Badanie przedmiotowe (znaczące dla danej choroby odchylenia od stanu prawidłowego):**

65. Data badania: \_\_\_\_\_

66. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E. Badania:**

67. Stężenie karnityny wolnej \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 68. Data badania \_\_\_\_\_

69. Stężenie karnityny całkowitej \_\_\_\_\_  
zakres normy \_\_\_\_\_ 70. Data badania \_\_\_\_\_

71. Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas – wynik badania należy dołączyć do wniosku  
\_\_\_\_\_ 72. Data badania \_\_\_\_\_

73. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

74. Imię \_\_\_\_\_ 75. Nazwisko \_\_\_\_\_  
*nadruk lub pieczętka zawierające* *nadruk lub pieczętka zawierające*  
*imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,* *imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*  
*numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

**UWAGA!**

1. Wniosek bez uzupełnienia danych dot. niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.



## IX B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROBY ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu  
Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie )

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów  
lekowych \_\_\_\_\_
6. Miejsce zamieszkania pacjenta \_\_\_\_\_
7. Rozpoznanie \_\_\_\_\_
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby \_\_\_\_\_
9. Data rozpoznania choroby/wiek pacjenta \_\_\_\_\_
10. Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie  
pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			

- a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w trakcie monitorowania terapii należy przeprowadzać co 6 miesięcy.

Badanie	Wynik	Norma
22. stężenie karnityny wolnej		
23. stężenie karnityny całkowitej		
24. stężenie acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas	wynik badania należy dołączyć do karty	—

25. Wyniki i daty innych badań i konsultacji

---

---

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

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

## IX C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

**X A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ**

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH**

**WNIOSEK**

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych )*

**A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej**

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |   |  |
|---|--|
| 24. Pełna nazwa _____   |  |
| 25. Miejscowość _____   | 26. Kod _____                                |
| 27. Ul. _____   | 28. Nr _____                                 |
| 29. Tel. _____  | 30. Fax _____                                |
| 31. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ | Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ |

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

\_\_\_\_\_

**B. Dane auksologiczne pacjenta:**

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl <sup>\*)</sup> \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl <sup>\*)</sup> \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
40. Powierzchnia ciała (m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_

*\*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej*

**C. Wywiad:**

41. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 43. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 44. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
45. Który poród \_\_\_\_\_ 46. Która ciąża \_\_\_\_\_ 47. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_ <sup>1), 2) \*)</sup>  
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) \_\_\_\_\_, gdy N proszę wypełnić następny punkt  
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_

*\* <sup>1)</sup> ocena pewna, <sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)*

**Poród (T/N):**

50. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 51. Pośladkowy \_\_\_\_\_ 52. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 53. Inne \_\_\_\_\_

**Akcja porodowa (T/N):**

54. Samoistna \_\_\_\_\_ 55. Wspomagana \_\_\_\_\_ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)  
56. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 57. Niedotlenienie i resuscytacja  
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_  
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_

**Inne dane z wywiadu:**

60. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis \_\_\_\_\_

61. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

62. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_  
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

63. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **D. Stan przedmiotowy:**

64. Data badania: \_\_\_\_\_

65. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **E. Badania dodatkowe:**

66. Stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

67. Data badania \_\_\_\_\_

#### **F. Badania obrazowe:**

USG jamy brzusznej

68. Data badania \_\_\_\_\_

69. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **G. Inne badania dodatkowe**

Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

70. morfologia krwi pełna \_\_\_\_\_ data badania \_\_\_\_\_

---

71. stężenie kreatyniny w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

---

72. stężenie kreatyniny w porannej porcji moczu data badania \_\_\_\_\_

---

73. stężenie glukozy w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

---

74. stężenie sodu w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

---

75. stężenie potasu w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

---

76. stężenie chloru w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

---

77. stężenie wapnia w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

---

78. stężenie wapnia w porannej porcji moczu data badania \_\_\_\_\_

---

79. stężenie magnezu w porannej porcji moczu data badania \_\_\_\_\_

---

80. stężenie fosforu w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

81. stężenie fosforu w porannej porcji moczu data badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

82. stężenie cholesterolu w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

83. stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

84. stężenie białka całkowitego w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

85. stężenie albumin w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

próby wątrobowe:

79. AspAT data badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

87. ALAT data badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

88. gazometria krwi żyłnej data badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

89. analiza moczu data badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

90. stężenie TSH data badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

80. stężenie fT4 data badania \_\_\_\_\_



---

## I. Inne badania i konsultacje

92. konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

81. konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym) (data konsultacji, szczegółowy opis, w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu opis musi zawierać potwierdzenie zidentyfikowania kryształków cysteaminy w badaniu przedniego odcinka dna oka)

---

82. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

83. konsultacja endokrynologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

96. konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów >10 r.ż. (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

97. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

---

---

98. Imię \_\_\_\_\_ 99. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

---

---

### UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężenia hemicystyny (cystyny) oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

## X B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_  
Nr historii choroby \_\_\_\_\_
6. Miejsce zamieszkania pacjenta \_\_\_\_\_
7. Rozpoznanie \_\_\_\_\_
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby \_\_\_\_\_
9. Data rozpoznania choroby \_\_\_\_\_
10. Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Wynik badania przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość iniekcji			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Powierzchnia ciała			

- (a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie 3 mies. obserwacji (do wykonania RAZ na 90 dni.)

miesiące obserwacji	Raz na 90 dni/180 dni
23. morfologia krwi	
24. stężenie kreatyniny w surowicy krwi na czczo	
25. stężenie kreatyniny w porannej porcji moczu	
26. stężenie cholesterolu w surowicy krwi na czczo	
27. stężenie glukozy w surowicy krwi na czczo	
28. stężenie sodu w surowicy krwi na czczo	
29. stężenie potasu w surowicy krwi na czczo	
30. stężenie chloru w surowicy krwi na czczo	
31. stężenie wapnia w surowicy krwi na czczo	
32. stężenie wapnia w porannej porcji moczu	
33. stężenie magnezu w porannej porcji moczu	
34. stężenie fosforu w surowicy krwi na czczo	
35. stężenie fosforu w porannej porcji moczu	
36. gazometria krwi żyłnej	
37. analiza moczu	
39. stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej (raz na 180 dni)	

40. konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR (data konsultacji, szczegółowy opis – raz na 90 dni)

---



---

- (b) Wyniki innych badań i konsultacji (do wykonania co 180 dni):

41. stężenie TSH (data badania, wynik) \_\_\_\_\_

---



---

42. Stężenie fT4 (data badania, wynik) \_\_\_\_\_

---



---

43. konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym) (data konsultacji, szczegółowy opis) \_\_\_\_\_

---



---

44. Wyniki i daty innych badań i konsultacji \_\_\_\_\_

---

(c) Wyniki innych badań i konsultacji (do wykonania co 365 dni):

45. USG jamy brzusznej (data badania, wynik) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

46. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

47. konsultacja endokrynologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

48. konsultacja psychologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

49. konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów >10 r.ż. (data konsultacji, szczegółowy opis) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

50. konsultacja gastrologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

51. Wyniki i daty innych badań i konsultacji \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

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

Data

\_\_\_\_\_  
*nadruk lub pieczęć zawierające  
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

## **X C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

# XI A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

## ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH – SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

### WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego)

#### A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |  |               |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____                            |               |
| 25. Miejscowość _____                            | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____                                    | 28. Nr _____  |
| 29. Tel. _____                                   | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ |               |

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

## B. Dane pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_

35. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_

## C. Wywiad:

36. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta – proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania lub podejrzenia występowania choroby w rodzinie pacjenta)

L.p.	Inicjały	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

## Inne dane z wywiadu:

Rozpoznanie – dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE): TYP I / TYP II\*

\*proszę zaznaczyć

37. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące przebiegu choroby, w tym udokumentowanie występowania ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego — w poprzedzających 6 miesiącach opis. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

38. Czy pacjent był leczony w ramach profilaktyki długoterminowej lekami poza wskazaniami rejestracyjnymi (leki prozakrzepowe, androgeny) (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) \_\_\_\_\_

---

---

---

39. Czy pacjent był leczony z powodu napadów (Tak/Nie — jeżeli tak, to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) – konieczne podanie szczegółowych informacji dotyczących użycia leków ratunkowych z okresu poprzedzających 6 miesięcy

---

---

40. Czy pacjent był leczony w ramach profilaktyki krótkoterminowej (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) \_\_\_\_\_

---

---

41. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_  
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

---

---

42. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_

---

---

#### **D. Stan przedmiotowy:**

43. Data badania: \_\_\_\_\_

44. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_

---

---

#### **E. Badania dodatkowe:**

45. Stężenie inhibitora C1 esteraazy we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

46. Data badania 1). \_\_\_\_\_

Data badania 2). \_\_\_\_\_

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

47. Aktywność inhibitora C1 esteraazy we krwi (jeśli dotyczy\*) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

48. Data badania 1). \_\_\_\_\_

Data badania 2). \_\_\_\_\_

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

\*jeśli stężenie C1-esteraazy jest prawidłowe

49. Stężenie składowej C4 C4 dopełniacza \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

50. Data badania 1) \_\_\_\_\_

Data badania 2). \_\_\_\_\_

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

51. Stężenie składowej C1q dopełniacza (jeśli dotyczy\*\*) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

52. Data badania 1) \_\_\_\_\_

Data badania 2). \_\_\_\_\_

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

\*\*badanie wymagane w przypadku ujemnego wywiadu rodzinnego; dotyczy pacjentów, u których pierwszy napad nastąpił



powyżej 40. roku życia.

53. Morfologia krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

54. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

55. Badanie ogólne moczu \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

56. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

57. Czas koagulinowo-kefalinowy (APTT) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

58. Data badania \_\_\_\_\_

59. Oznaczenie INR \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

60. Data badania \_\_\_\_\_

61. AspAT \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

62. Data badania \_\_\_\_\_

63. AlAT \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

64. Data badania \_\_\_\_\_

65. Bilirubina całkowita \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

66. Data badania \_\_\_\_\_

67. Próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym – dodatnia TAK ☐ NIE. ☐

68. Data badania \_\_\_\_\_

69. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

70. Imię \_\_\_\_\_

71. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nadruk lub pieczętka lub naklejka  
zawierające dane świadczeniodawcy

## XI B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

### SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

*(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)*

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Ocena częstości występowania ataków z określeniem lokalizacji i ciężkości, w tym wymagających leczenia ratunkowego \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Wyniki i daty innych badań i konsultacji \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

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

Data

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

## **XI C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

## XII A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

#### WNIOSEK

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, należy uzupełnić dane w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych)*

#### A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |  |               |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____  |               |
| 25. Miejscowość _____  | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____  | 28. Nr _____  |
| 29. Tel. _____   | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta/ w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych _____ |               |

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

## B. Dane pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_

35. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_

## C. Wywiad:

### Pacjent\*:

a) z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata

b) z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata

\*proszę zaznaczyć

36. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące przebiegu choroby, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37. Inne choroby przewlekłe (T/N) w tym obecność nowotworów: \_\_\_\_\_  
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## D. Stan przedmiotowy:

39. Data badania: \_\_\_\_\_

40. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## E. Badania dodatkowe:

**Zgodnie z opisem programu lekowego B.121 w przypadku pacjentów z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby) o zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu**

41. Oznaczenie przeciwciał anty VGCC\* \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

42. Data badania: \_\_\_\_\_

\*lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości

43. badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); \_\_\_\_\_

44. Data badania: \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

45. Morfologia krwi \_\_\_\_\_

(zakres normy \_\_\_\_\_),

46. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

47. AlAT \_\_\_\_\_

(zakres normy \_\_\_\_\_),

48. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

49. AspAT) \_\_\_\_\_

(zakres normy \_\_\_\_\_),

50. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

51. stężenie kreatyniny \_\_\_\_\_

(zakres normy \_\_\_\_\_),

52. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

53. Ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) \_\_\_\_\_

54. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

55. USG lub TK jamy brzusznej

\_\_\_\_\_

56. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

57. EKG

\_\_\_\_\_

58. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

59. Konsultacja ginekologiczna u kobiet (data konsultacji/opis)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

60. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

---

---

---

---

61. Imię \_\_\_\_\_

62. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **XII B. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.



# XIII A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO

## ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

### WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, należy uzupełnić dane w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych)

#### A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |  |               |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____  |               |
| 25. Miejscowość _____  | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____  | 28. Nr _____  |
| 29. Tel. _____   | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta/Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |               |

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

## B. Dane pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_

35. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_

## C. Wywiad:

Zaburzenia cyklu mocznikowego potwierdzone badaniem\*:

- a) enzymatycznym,
- b) biochemicznym lub
- c) genetycznym

obejmujące niedobór\*:

- a) syntetazy karbamoilofosforanowej I
- b) karbamoilotransferazy ornitynowej
- c) syntetazy argininobursztynianowej
- d) ligazy argininobursztynianowej
- e) arginazy I
- f) translokazy ornitynowej (tzw. zespół HHH)

\*proszę zaznaczyć rodzaj badania oraz niedobór

36. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

37. Brak skutecznego leczenia zaburzeń cyklu mocznikowego tylko poprzez ograniczenie spożycia białka lub suplementację aminokwasów : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## D. Stan przedmiotowy:

38. Data badania: \_\_\_\_\_

39. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## E. Badania dodatkowe:

42. Stężenie amoniaku we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

43. Data badania: \_\_\_\_\_

44. Profil aminokwasów w osoczu; \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

45. Data badania: \_\_\_\_\_

46. Wydalanie kwasu orotowego w moczu \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

47. Data badania \_\_\_\_\_

48. Profil aminokwasów w moczu\* \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

49. Data badania \_\_\_\_\_

(\*przy podejrzeniu zespołu HHH)

50. Poziom argininobursztynianu we krwi lub w moczu\* \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

51. Data badania \_\_\_\_\_

(\*przy podejrzeniu deficytu ligazy argininobursztynianu)

52. Analiza DNA w kierunku wariantu odpowiedzialnego za hiperamonemię  
\_\_\_\_\_

53. Data badania \_\_\_\_\_

54. Konsultacja psychologa – ocena rozwoju psychoruchowego i intelektualnego (data konsultacji/opis)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

55. Konsultacja dietetyka – z oceną skuteczności stosowanej dotychczas diety oraz zawartości białka całkowitego i naturalnego w diecie (data konsultacji/opis)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

56. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

57. Imię \_\_\_\_\_

58. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nadruk lub pieczętka lub naklejka  
zawierające dane świadczeniodawcy

### XIII B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu  
Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie  
należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów  
lekowych \_\_\_\_\_

3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis \_\_\_\_\_

4. Szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii: \_\_\_\_\_

5. Stężenie amoniaku we krwi: \_\_\_\_\_

6. Stężenie amoniakwasów w osoczu: \_\_\_\_\_

7. Konsultacja psychologa (ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/intelektualnym): \_\_\_\_\_

8. Konsultacja neurologiczna: \_\_\_\_\_

8. Konsultacja dietetyka: \_\_\_\_\_

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania  
programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

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

Data

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



### XIII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

**XIV A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ**

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH**

**WNIOSEK**

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, należy uzupełnić dane w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych)*

**A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej**

1. Nr wniosku \_\_\_\_\_ 2. Inicjały pacjenta \_\_\_\_\_ 3. PESEL pacjenta \_\_\_\_\_  
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_ 5. Płeć \_\_\_\_\_ 6. Data wystawienia wniosku \_\_\_\_\_  
7. Imię \_\_\_\_\_ 8. Nazwisko \_\_\_\_\_

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

9. Imię \_\_\_\_\_ 10. Nazwisko \_\_\_\_\_

Matka:

11. Imię \_\_\_\_\_ 12. Nazwisko \_\_\_\_\_

Opiekun:

13. Imię \_\_\_\_\_ 14. Nazwisko \_\_\_\_\_

Miejsce zamieszkania pacjenta:

15. Miejscowość \_\_\_\_\_ 16. Kod \_\_\_\_\_  
17. Poczta \_\_\_\_\_ 18. Ulica \_\_\_\_\_  
19. Nr domu \_\_\_\_\_ 20. Nr mieszkania \_\_\_\_\_ 21. Woj. \_\_\_\_\_  
22. Tel. dom. \_\_\_\_\_ 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów \_\_\_\_\_

Jednostka wystawiająca wniosek:

24. Pełna nazwa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
25. Miejscowość \_\_\_\_\_ 26. Kod \_\_\_\_\_  
27. Ul. \_\_\_\_\_ 28. Nr \_\_\_\_\_  
29. Tel. \_\_\_\_\_ 30. Fax \_\_\_\_\_  
31. Nr karty lub historii choroby pacjenta/Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

## B. Dane pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_

35. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_

BMI \_\_\_\_\_

Ciśnienie tętnicze krwi \_\_\_\_\_

## C. Wywiad:

36. Szczegółowy wywiad (dotyczy przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii, informacji w zakresie leczenia pacjenta kwasem kargluminowym obecnie oraz w przeszłości) oraz opis badania przedmiotowego: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## D. Stan przedmiotowy:

37. Data badania: \_\_\_\_\_

38. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## E. Badania dodatkowe:

39. Stężenie amoniaku w osoczu \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

40. Data badania: \_\_\_\_\_

41. Ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów; \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

42. Data badania: \_\_\_\_\_

Ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów:	Wynik (w osoczu/w surowicy)	Norma
glutamina		
izoleucyna		
leucyna		
walina		
glicyna		
metionina		
treonina		

43. Morfologia krwi z rozmazem \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

44. Data badania \_\_\_\_\_



45. Gazometria krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

46. Data badania \_\_\_\_\_

47. Profil kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

48. Data badania \_\_\_\_\_

49. Profil acylokarnityn w suchej kropli krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

50. Data badania \_\_\_\_\_

51. ALAT \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

52. Data badania \_\_\_\_\_

53. AspAT \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

54. Data badania \_\_\_\_\_

55. Stężenie bilirubiny całkowitej i związanej \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

56. Data badania \_\_\_\_\_

57. EKG \_\_\_\_\_

58. Data badania \_\_\_\_\_

Opis

---

59. Konsultacja psychologa – ocena rozwoju psychoruchowego i intelektualnego (data konsultacji/opis)

---

---

60. Konsultacja dietetyka (data konsultacji/opis)

---

---

61. Konsultacja neurologiczna (data konsultacji/opis)

---

---

62. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

---

---

63. Imię \_\_\_\_\_

64. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

---

#### XIV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii) oraz opis badania przedmiotowego \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Masa ciała	
Wysokość	
BMI	

5. Stężenie amoniaku w osoczu: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów w osoczu/surowicy: \_\_\_\_\_

Ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów:	Wynik (w osoczu/w surowicy)	Norma
glutamina		
izoleucyna		
leucyna		
walina		
glicyna		
metionina		
treonina		

7. Gazometria krwi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Morfologia krwi z rozmazem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. ALAT: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. AspAT: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Stężenie bilirubiny całkowitej i związanej: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. EKG: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. EEG, MRI OUN (w uzasadnionych przypadkach): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Konsultacja psychologa (w zależności od potrzeb, ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/intelektualnym): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Konsultacja neurologiczna: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Konsultacja dietetyka: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

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

Data

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

#### **XIV C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

# XV A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH)

## ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

### WNIOSEK

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, w przypadku udostępnienia elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych należy uzupełnić dane w systemie)*

#### A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |  |               |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____  |               |
| 25. Miejscowość _____  | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____  | 28. Nr _____  |
| 29. Tel. _____   | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta/Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |               |

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

## B. Wywiad:

34. Szczegółowy wywiad (dotyczy przebiegu klinicznego choroby) oraz opis badania przedmiotowego: \_\_\_\_\_

35. Dotychczasowy przebieg leczenia (należy podać czy pacjent był wcześniej leczony burosumabem, jeżeli tak to od kiedy i z jakim skutkiem): \_\_\_\_\_

## C. Badanie genetyczne:

36. Data badania: \_\_\_\_\_

37. Rozpoznanie hipofosfatemii sprzężonej z chromosomem X (XLH) potwierdzone obecnością mutacji w genie PHEX u chorego lub bezpośrednio spokrewnionego członka rodziny, z którym związane jest dziedziczenie sprzężone z chromosomem X \_\_\_\_\_

## D. Badania dodatkowe:

38. Data badania: \_\_\_\_\_

Oznaczenie stężenia	Wynik (w osoczu/w surowicy)	Norma
fosforanów w surowicy		
fosforanów w surowicy		
wapnia w surowicy		
wapnia w moczu		
kreatyniny w surowicy		
kreatyniny w moczu		
fosfatazy alkalicznej w surowicy		
parathormonu w surowicy		
wartość wskaźnika Ca/kreatynina		
wartość wskaźnika TmP/GFR		
<b>Badanie RTG kości (data badania, wynik)</b>		
<b>Badanie USG nerek (data badania, wynik)</b>		
<b>Ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS</b>		

39. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

Potwierdzam, że pacjent spełnia wszystkie kryteria określone programem lekowym:

40. Imię \_\_\_\_\_ 41. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*



nadruk lub pieczętka lub naklejka  
zawierające dane świadczeniodawcy

## XV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH)

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis \_\_\_\_\_

6. Badania wykonane zgodnie z harmonogramem wskazanym w opisie programu lekowego:

Oznaczenie stężenia	Wynik (w osoczu/w surowicy)	Norma
fosforanów w surowicy		
fosforanów w surowicy		
wapnia w surowicy		
wapnia w moczu		
kreatyniny w surowicy		
kreatyniny w moczu		
fosfatazy alkalicznej w surowicy		
parathormonu w surowicy		
wartość wskaźnika Ca/kreatynina		
wartość wskaźnika TmP/GFR		
Badanie RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków (data badania, wynik)		
Ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS		
Badanie USG nerek (data badania, wynik)		

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

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

Data

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

## **XV C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH)**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

**XV A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBOREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B I B**

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH**

**WNIOSEK**

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, w przypadku udostępnienia elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych należy uzupełnić dane w systemie)*

**A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej**

1. Nr wniosku \_\_\_\_\_ 2. Inicjały pacjenta \_\_\_\_\_ 3. PESEL pacjenta \_\_\_\_\_  
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_ 5. Płeć \_\_\_\_\_ 6. Data wystawienia wniosku \_\_\_\_\_  
7. Imię \_\_\_\_\_ 8. Nazwisko \_\_\_\_\_

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

9. Imię \_\_\_\_\_ 10. Nazwisko \_\_\_\_\_

Matka:

11. Imię \_\_\_\_\_ 12. Nazwisko \_\_\_\_\_

Opiekun:

13. Imię \_\_\_\_\_ 14. Nazwisko \_\_\_\_\_

Miejsce zamieszkania pacjenta:

15. Miejscowość \_\_\_\_\_ 16. Kod \_\_\_\_\_  
17. Poczta \_\_\_\_\_ 18. Ulica \_\_\_\_\_  
19. Nr domu \_\_\_\_\_ 20. Nr mieszkania \_\_\_\_\_ 21. Woj. \_\_\_\_\_  
22. Tel. dom. \_\_\_\_\_ 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów \_\_\_\_\_

Jednostka wystawiająca wniosek:

24. Pełna nazwa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
25. Miejscowość \_\_\_\_\_ 26. Kod \_\_\_\_\_  
27. Ul. \_\_\_\_\_ 28. Nr \_\_\_\_\_  
29. Tel. \_\_\_\_\_ 30. Fax \_\_\_\_\_  
31. Nr karty lub historii choroby pacjenta/Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

## B. Wywiad:

34. Szczegółowy wywiad (dotyczy przebiegu klinicznego choroby) oraz opis badania przedmiotowego: \_\_\_\_\_

35. Dotychczasowy przebieg leczenia (należy podać czy pacjent był wcześniej leczony, jeżeli tak to od kiedy i z jakim skutkiem): \_\_\_\_\_

## C. Badanie genetyczne:

36. Data badania: \_\_\_\_\_

37. Rozpoznanie ASMD typu A/B lub B\* potwierdzone badaniem genetycznym \_\_\_\_\_

\* właściwe zaznaczyć

## D. Badania dodatkowe:

38. masa ciała \_\_\_\_\_ wysokość ciała \_\_\_\_\_

39. badanie aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy [data badania \_\_\_\_\_]

40. analiza genu SMPD1 [data badania \_\_\_\_\_]

41. poziom biomarkera Lyso-sfingomyelin [data badania \_\_\_\_\_]

42. DLco (w przypadku pacjentów  $\geq 18$  r.ż.) [data badania \_\_\_\_\_]

43. aktywność chitotriozydazy [data badania \_\_\_\_\_]

44. USG jamy brzusznej z określeniem wielkości śledziony [data badania \_\_\_\_\_]

45. USG jamy brzusznej z określeniem wielkości wątroby [data badania \_\_\_\_\_]

46. MRI jamy brzusznej z określeniem wielkości śledziony [data badania \_\_\_\_\_]

47. MRI jamy brzusznej z określeniem wielkości wątroby [data badania \_\_\_\_\_]

48. Objętość śledziony lub jej fragmentu  $\geq 5$  wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą MRT (w przypadku

dzieci)

49. Objętość śledziony lub jej fragmentu  $\geq 6$  wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą MRT (w przypadku dorosłych)

50. Z-score (w przypadku dzieci)

51. RTG płuc lub HRCT [data badania \_\_\_\_\_] [badanie HRCT w uzasadnionych przypadkach]

52. Spirometria [data badania \_\_\_\_\_]

53. EKG [data badania \_\_\_\_\_]

54. Badanie DEXA [data badania \_\_\_\_\_] [w uzasadnionych przypadkach]

55. RTG kości długich [MRI w uzasadnionych przypadkach] [data badania \_\_\_\_\_]

56. Test ciążowy dla kobiet w wieku rozrodczym [data badania \_\_\_\_\_]

57. Dodatkowe badania [data badania \_\_\_\_\_]

Oznaczenie stężenia	Wynik	Norma
Morfologia krwi z rozmazem		
APTT		
INR		
Bilirubina całkowita		
Bilirubina sprzężona		
ALT		
AST		
Fosfataza alkaliczna		
Cholesterol całkowity		
Triglicerydy		
LDL		
HDL		
<b>Konsultacja neurologiczna</b> [data badania _____]		
<b>Konsultacja pulmonologiczna</b> [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]		

58. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

Potwierdzam, że pacjent spełnia wszystkie kryteria określone programem lekowym:

59. Imię \_\_\_\_\_ 60. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

## XV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B I B

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

6. Badania wykonane zgodnie z harmonogramem wskazanym w opisie programu lekowego:  
[data badania \_\_\_\_\_]

Oznaczenie	Wynik	Norma
Morfologia krwi z rozmazem		
ALT		
AST		
bilirubina całkowita		
poziom biomarkera Lyso-sfingomyelin		
Cholesterol całkowity		
Triglicerydy		
LDH		
HDL		
MRI i USG jamy brzusznej z oceną objętości wątroby i śledziony [data badania _____]		
EKG [data badania _____]		
RTG płuc lub HRCT [data badania _____] [badanie HRCT w uzasadnionych przypadkach]		
Spirometria [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]		
Badanie DEXA [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]		
RTG kości długich (MRI w uzasadnionych przypadkach) [data badania _____]		



<b>Konsultacja neurologiczna</b> [data badania _____]
<b>Konsultacja pulmonologiczna</b> [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]
<b>Konsultacja ortopedyczna</b> [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]
<b>Pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost) z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania</b> [data badania _____]

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

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

Data

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

## **XV C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBOREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B I B\***

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

\*w przypadku pacjentów powyżej 16 roku życia zgoda na leczenie musi być podpisane przez pacjenta i opiekuna prawnego

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

# XVI A.WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z OBJAWAMI KOSTNYMI W PRZEBIEGU HIPOFOSFATAZJI (HPP)

## ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

### WNIOSEK

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, w przypadku udostępnienia elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych należy uzupełnić dane w systemie)*

#### A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |  |               |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____  |               |
| 25. Miejscowość _____  | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____  | 28. Nr _____  |
| 29. Tel. _____   | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta/Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |               |

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

## B. Wywiad:

34. Szczegółowy wywiad (dotyczy przebiegu klinicznego choroby) oraz opis badania przedmiotowego: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

35. Dotychczasowy przebieg leczenia (należy podać czy pacjent był wcześniej leczony, jeżeli tak to od kiedy i z jakim skutkiem):  
\_\_\_\_\_

## C. Badanie genetyczne:

36. Data badania: \_\_\_\_\_

37. Rozpoznanie potwierdzone badaniem genetycznym\* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*badanie molekularne potwierdzające obecność mutacji genu ALPL (lp36.12) w przebiegu HPP

## D. Badania dodatkowe:

38. masa ciała \_\_\_\_\_ wysokość ciała \_\_\_\_\_

39. oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

40. oznaczenie stężenia wapnia w surowicy [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

41. oznaczenie stężenia magnezu w surowicy [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

42. oznaczenie stężenia fosforu w surowicy [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

43. oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

44. oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

45. test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

46. test sześciominutowego marszu u chorych chodzących (6MWT) [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

47. badanie RTG lub MRI nadgarstków, bioder i kolan z oceną w skali RSS [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

48. badanie USG nerek [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_

---

---

49. ocena nasilenia bólu w skali dopasowanej do wieku [data badania \_\_\_\_\_]

---

---

---

50. konsultacja neurochirurgiczna – w przypadku występowania u pacjentów kraniosynostozy [data badania \_\_\_\_\_]

---

---

---

51. konsultacja okulistyczna [data badania \_\_\_\_\_]

---

---

---

58. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

---

Potwierdzam, że pacjent spełnia wszystkie kryteria określone programem lekowym:

59. Imię \_\_\_\_\_

60. Nazwisko \_\_\_\_\_

*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*

---

nadruk lub pieczętka lub naklejka  
zawierające dane świadczeniodawcy

## XVI B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRIEMIE LECZENIE CHORYCH Z OBJAWAMI KOSTNYMI W PRZEBIEGU HIPOFOSFATAZJI (HPP)

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis \_\_\_\_\_

4. Badania wykonane zgodnie z harmonogramem wskazanym w opisie programu lekowego\*:

[data badania \_\_\_\_\_]

Oznaczenie	Wynik	Norma
Oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy		
Oznaczenie stężenia wapnia w surowicy		
Oznaczenie stężenia magnezu w surowicy		
Oznaczenie stężenia fosforu w surowicy		
Oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy		
Oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy		
<b>Badanie RTG kośćca</b> [data badania _____]		
<b>Badanie densytometryczne DXA</b> – u pacjentów powyżej 5 r.ż. [data badania _____]		
<b>Badanie USG nerek</b> [data badania _____]		
<b>Test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku pacjentów chodzących</b> [data badania _____]		
<b>Pomiary antropometryczne</b> [data badania _____]		
Masa ciała Wzrost		
<b>Konsultacja ortopedyczne</b> [data badania _____]		

<b>Konsultacja okulistyczna</b> [data badania _____]
<b>Dodatkowe uwagi/informacje:</b>

\*badania wykonuje się w 3-cim, 6-tym i 12 miesiącu od chwili rozpoczęcia leczenia, a następnie co 6 miesięcy (z wyjątkiem oznaczenia stężenia parathormonu wykonywanego tylko w 3 miesiącu)

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

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

Data

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

## XVI C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z OBJAWAMI KOSTNYMI W PRZEBIEGU HIPOFOSFATAZJI (HPP)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.



## XVII A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE PACJENTÓW Z ACHONDROPLAZJĄ

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

#### WNIOSEK

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, w przypadku udostępnienia elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych należy uzupełnić dane w systemie)*

#### A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- |               |                    |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- |                       |  |                |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____  |                |
| 17. Poczta _____      | 18. Ulica _____  |                |
| 19. Nr domu _____     | 20. Nr mieszkania _____                                    | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____   | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ |                |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- |  |               |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____  |               |
| 25. Miejscowość _____  | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____  | 28. Nr _____  |
| 29. Tel. _____   | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta/Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ |               |

Lekarz wystawiający wniosek:

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

## B. Wywiad:

34. Szczegółowy wywiad (dotyczy przebiegu klinicznego choroby) oraz opis badania przedmiotowego: \_\_\_\_\_

35. Dotychczasowy przebieg leczenia (należy podać czy pacjent był wcześniej leczony, jeżeli tak to od kiedy i z jakim skutkiem): \_\_\_\_\_

## C. Badanie genetyczne:

36. Data badania: \_\_\_\_\_

37. Rozpoznanie potwierdzone badaniem genetycznym \_\_\_\_\_

## D. Badania dodatkowe:

Pomiary antropometryczne	Wynik
Masa ciała	
Wartość liczbowa	
SDS	
Wzrost/długość ciała	
Wartość liczbowa	
SDS	
Długość tułowia	
Długość kończyn dolnych	
Obwód głowy	
Wartość liczbowa	
SDS	
Obwód klatki piersiowej	
Wartość liczbowa	
SDS	
Ocena obwodu talii	
Wartość liczbowa	
SDS	
BMI – z podaniem centyla	
WHR	
Tempo wzrastania cm/rok	
<b>Ocena wieku kostnego</b>	
metodą Greulich-Pyle'a	
metodą Tannera-Whitehouse'a;	

Ocena dojrzewania płciowego w skali Tannera	
Pomiar ciśnienia tętniczego krwi	
Morfologia krwi z rozmazem	
Oznaczenie:	
stężenia sodu w surowicy krwi	
stężenie potasu w surowicy krwi	
stężenia wapnia w surowicy krwi	
stężenia glukozy na czczo	
stężenia wapnia zjonizowanego	
stężenia fosforanów	
fosfatazy alkalicznej	
stężenia 25OH wit. D	
odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c)	
test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii	
stężenia triglicerydów	
całkowitego cholesterolu	
frakcji HDL cholesterolu	
frakcji LDL cholesterolu	
stężenia hormonu tyreotropowego (TSH)	
stężenia wolnej tyroksyny (FT4);	

38. MRI ośrodkowego układu nerwowego, z oceną otworu wielkiego, tj. pogranicza czaszkowo-kręgowego / u pacjentów z bezwzględnym przeciwwskazaniem do MRI – TK lub TK z kontrastem; u pacjentów z gwoździem magnetycznym wymagany jest certyfikat z ośrodka ortopedii dziecięcej, w którym zakładany był gwóźdź.

39. Konsultacja audiologiczna lub laryngologiczna z badaniem słuchu

40. Konsultacja neurochirurgiczna – do decyzji lekarza prowadzącego

41. konsultacja ortopedyczna:

42. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

Potwierdzam, że pacjent spełnia wszystkie kryteria określone programem lekowym:

43. Imię \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

44. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

nadruk lub pieczętka lub naklejka  
zawierające dane świadczeniodawcy

## XVII B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE PACJENTÓW Z ACHONDROPLAZJĄ

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać po 12 miesiącach a następnie co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Badania wykonane zgodnie z harmonogramem wskazanym w opisie programu lekowego\*:  
[data badania \_\_\_\_\_]

Pomiary antropometryczne	Wynik
Masa ciała	
Wartość liczbowa	
SDS	
Wzrost/długość ciała	
Wartość liczbowa	
SDS	
Długość tułowia	
Długość kończyn dolnych	
Obwód głowy	
Wartość liczbowa	
SDS	
Obwód klatki piersiowej	
Wartość liczbowa	
SDS	
Ocena obwodu talii	
Wartość liczbowa	
SDS	
BMI – z podaniem centyla	
WHR	
Tempo wzrastania cm/rok	
<b>Ocena wieku kostnego</b>	
metodą Greulich-Pyle'a	

metodą Tannera-Whitehouse'a;	
Ocena dojrzewania płciowego w skali Tannera	
Pomiar ciśnienia tętniczego krwi	
Morfologia krwi z rozmazem	
Oznaczenie:	
stężenia sodu w surowicy krwi	
stężenie potasu w surowicy krwi	
stężenia wapnia w surowicy krwi	
stężenia wapnia zjonizowanego	
stężenia fosforanów	
fosfatazy alkalicznej	
stężenia 25OH wit. D	
odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c)	
stężenia triglicerydów	
całkowitego cholesterolu	
frakcji HDL cholesterolu	
frakcji LDL cholesterolu	
stężenia hormonu tyreotropowego (TSH)	
stężenia wolnej tyroksyny (FT4);	

\*badania wykonuje się co 3 miesiące, co 6 miesięcy, co 12 miesięcy – zgodnie z opisem programu lekowego

5. MRI ośrodkowego układu nerwowego, z oceną otworu wielkiego, tj. pogranicza czaszkowo-kręgowego – do decyzji lekarza prowadzącego

---



---

6. Konsultacja audiologiczna lub laryngologiczna z badaniem słuchu – do decyzji lekarza prowadzącego

---



---

7. Konsultacja neurochirurgiczna – do decyzji lekarza prowadzącego

---



---

8. konsultacja ortopedyczna:

---



---

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_  
*nadruk lub pieczęćka zawierające  
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,*

*numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data

\_\_\_\_\_  
*nadruk lub pieczęć zawierające  
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

## **XVII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE PACJENTÓW Z ACHONDROPLAZJĄ**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.



**XI A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z ZESPOŁEM HIPEREOZYNOFILOWYM (HES) (ICD-10: D72.11)**

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH – SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO**

**WNIOSEK**

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego)*

**A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej**

- |                         |                            |                                   |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____     | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____           |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____              | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____           | 8. Nazwisko _____          |                                   |

**Miejsce zamieszkania pacjenta:**

- |                      |  |                |
|----------------------|--|----------------|
| 9. Miejscowość _____ | 10. Kod _____                                  |                |
| 11. Poczta _____     | 12. Ulica _____                                |                |
| 13. Nr domu _____    | 14. Nr mieszkania _____                        | 15. Woj. _____ |
| 16. Tel. dom. _____  | 17. Nr tel. do opiekuna [jeżeli dotyczy] _____ |                |

**Jednostka wystawiająca wniosek:**

- |  |               |
|--|---------------|
| 18. Pełna nazwa _____                            |               |
| 19. Miejscowość _____                            | 20. Kod _____ |
| 21. Ul. _____                                    | 22. Nr _____  |
| 23. Tel. _____                                   | 24. Fax _____ |
| 25. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ |               |

**Lekarz wystawiający wniosek:**

- |                |                    |
|----------------|--------------------|
| 26. Imię _____ | 27. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

\_\_\_\_\_

**B. Dane pacjenta:**

28. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_

29. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_

**C. Wywiad:****Rozpoznanie – idiopatyczny zespół hipereozynofilowy**

36. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Kiedy postawiono rozpoznanie idiopatycznego zespołu hipereozynofilowego i jakie badania wykonano w procesie diagnostycznym (w tym konsultacje i badania diagnostyki różnicowej potwierdzające wykluczenie innych potencjalnych przyczyn uszkodzeń narządowych). Jakie zastosowano leczenie (w tym szczegółowe informacje na temat stosowanych sterydów systemowych i/lub leków cytotoksycznych od rozpoznania, uwzględniając dawkę i czas leczenia). Jakie narządy są objęte u pacjenta procesem chorobowym?

---

---

---

---

37. Proszę podać dokładne dane dotyczące poziomów eozynofilii od początku leczenia, w tym najwyższy poziom eozynofilii obwodowej z dokumentacji pacjenta oraz z ostatnich 12 miesięcy przed kwalifikacją i/lub dane dotyczące potwierdzenia tkankowej eozynofilii (z datą wykonania badań i dawką sterydów systemowych stosowanych w momencie badania)

---

---

---

38. Proszę podać dokładne dane dotyczące zaostrzeń HES w okresie 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację (przebieg, data rozpoczęcia, dawki leków poprzedzające zaostrzenie) z podaniem (o ile wykonano) wartości eozynofilii i przebiegu leczenia zaostrzenia:

---

---

---

39. Czy wykluczono zakażenie pasożytnicze na podstawie wyniku kału lub innych badań parazytologicznych? (Tak/Nie – jeśli tak – data wykonania badań): \_\_\_\_\_

---

---

40. Czy wykluczono przewlekłą białaczkę eozynofilową (CEL) oraz nowotwory mieloidalne na podstawie badań cytogenetycznych i molekularnych (FIP1L1-PDGFR) (Tak/Nie; jeśli tak – data wykonania i opis badań (mogą być dostarczone w postaci załączników kopii wyników)): \_\_\_\_\_

---

---

41. Czy wykluczono przewlekłą białaczkę eozynofilową (CEL) oraz nowotwory mieloidalne z eozynofilią na podstawie biopsji aspiracyjnej lub trepanobiopsji szpiku jako badań opcjonalnych (Tak/Nie; jeśli tak – data wykonania i opis badań (mogą być dostarczone w postaci załączników kopii wyników) ): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

42. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_  
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

43. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### D. Stan przedmiotowy:

44. Data badania: \_\_\_\_\_

45. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### E. Badania dodatkowe:

46. morfologia krwi z rozmazem - bezwzględna liczba eozynofiliów

Data badania 1): \_\_\_\_\_ wynik: \_\_\_\_\_ komórek/ $\mu$ l

Data badania 2): \_\_\_\_\_ wynik: \_\_\_\_\_ komórek/ $\mu$ l

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

W przypadku, kiedy żadne z badań nie jest wykonane w momencie kwalifikacji proszę dodatkowo o dopisanie wyniku z momentu kwalifikacji:

Data badania \_\_\_\_\_ wynik: \_\_\_\_\_ komórek/ $\mu$ l (w przypadku nieprawidłowości w badaniu morfologicznym proszę o wskazanie szczegółów):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

47. ALT _____	(zakres normy _____),
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczny komentarz): _____	
48. LDH _____	(zakres normy _____),
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczny komentarz): _____	

49. Kreatynina _____		(zakres normy _____),
Data badania _____		
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczny komentarz): _____		
50. Troponina _____		(zakres normy _____),
Data badania _____		
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczny komentarz): _____		
51. NT-proBNP _____		(zakres normy _____),
Data badania _____		
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczny komentarz): _____		
52. EKG		<input type="checkbox"/> wynik prawidłowy <input type="checkbox"/> wynik nieprawidłowy
Data badania _____		
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczny komentarz): _____		
53. ECHO serca		<input type="checkbox"/> wynik prawidłowy <input type="checkbox"/> wynik nieprawidłowy
Data badania _____		
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____		
54. Rtg klatki piersiowej		<input type="checkbox"/> wynik prawidłowy <input type="checkbox"/> wynik nieprawidłowy
Data badania _____		
(w przypadku istotnych klinicznie konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____		
55. CT klatki piersiowej		<input type="checkbox"/> wynik prawidłowy <input type="checkbox"/> wynik nieprawidłowy
Data badania _____		
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____		
56. USG jamy brzusznej		<input type="checkbox"/> wynik prawidłowy <input type="checkbox"/> wynik nieprawidłowy
Data badania _____		
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____		
57. CT jamy brzusznej		<input type="checkbox"/> wynik prawidłowy <input type="checkbox"/> wynik nieprawidłowy
Data badania _____		
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____		
58. Spirometria		<input type="checkbox"/> wynik prawidłowy <input type="checkbox"/> wynik nieprawidłowy
Data badania _____		
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____		
59. mocznik – badanie ogólne		<input type="checkbox"/> wynik prawidłowy <input type="checkbox"/> wynik nieprawidłowy
Data badania _____		
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____		

60. biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku kostnego	<input type="checkbox"/> wynik prawidłowy <input type="checkbox"/> wynik nieprawidłowy
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____	
61. konwencjonalne badanie cytogenetyczne na obecność rearanżacji FIP1L1-PDGFR	<input type="checkbox"/> wynik prawidłowy <input type="checkbox"/> wynik nieprawidłowy
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____	
62. badanie PCR na obecność rearanżacji FIP1L1-PDGFR	<input type="checkbox"/> wynik prawidłowy <input type="checkbox"/> wynik nieprawidłowy
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____	
63. Badania wykonane w celu wykluczenia przyczyn reaktywnej hipereozynofilii	
_____ _____ _____ _____	
64. Ocena stanu sprawności wg skali ECOG: _____	
Komentarz: _____ _____	

65. Próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym – dodatnia TAK ☐ NIE. ☐

Data badania \_\_\_\_\_

66. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

67. Imię \_\_\_\_\_

68. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

nadruk lub pieczętka lub naklejka  
zawierające dane świadczeniodawcy

## XI B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z ZESPOŁEM HIPEREOZYNOFILOWYM (HES) (ICD-10: D72.11)

### SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane zgodnie z opisem programu lekowego)

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_
2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
3. Przebieg leczenia (tolerancja leku biologicznego, szczegóły leczenia systemowymi GKS, leczenie immunosupresyjne) - opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Ocena zaostrzeń w okresie od kwalifikacji: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Wyniki i daty innych badań i konsultacji \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. Ocena stanu sprawności wg skali ECOG: \_\_\_\_\_  
Komentarz \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_  
nadruk lub pieczętka zawierające  
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do leczenia,  
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

\_\_\_\_\_  
nadruk lub pieczętka zawierające

Data

imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis

## **XI C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z ZESPOŁEM HIPEREOZYNOFILOWYM (HES) (ICD-10: D72.11)**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie oraz zobowiązuję się do przyjmowania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data

\_\_\_\_\_  
*Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.





**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia w chorobach siatkówki oraz weryfikację skuteczności leczenia**

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (nAMD) oraz weryfikacja skuteczności leczenia, kwalifikacja do leczenia cukrzycowego obrzęku plamki (DME) oraz weryfikacja skuteczności leczenia, kwalifikacja do leczenia zakrzepu żył siatkówki (RVO) oraz weryfikacja skuteczności leczenia, kwalifikacja do leczenia wrodzonej ślepoty Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65 oraz weryfikacja skuteczności leczenia
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	B.70. Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki, B.167. Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	H34 – Zamknięcie naczyń siatkówki H 35.3 - Zwyrodnienie plamki i bieguna tylnego H 36.0 – Retinopatia cukrzycowa H 35.5 – Zwyrodnienie siatkówki dziedziczne
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny Do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki
1.6	jednostka koordynująca	Wojskowy Instytut Medyczny Państwowy Instytut Badawczy 04-141 Warszawa ul. Szaserów 128
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści z dziedzin medycyny właściwych dla programu lekowego
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisach programów lekowych; 2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych lub w oparciu o dokumenty, których wzór został określony w pkt 2 i 3
1.9	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 chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65 (ICD-10: H35.5)

### Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

### Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta: .....

Oko (lewe/prawe): .....

Ostrość wzroku (wg tablicy Snellena/ EDTRS):.....

Pole widzenia (stopnie): .....

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
1. Bialleliczna mutacja genu RPE65 potwierdzona badaniem genetycznym w przebiegu wrodzonej ślepoty Lebera		
2. Wystarczająca liczba żywych komórek siatkówki opisana kryteriami jak niżej: a) obszar siatkówki w obrębie tylnego bieguna >100 mikronów grubości; b) obszary siatkówki bez atrofii i zwyrodnienia barwnikowego w obrębie tylnego bieguna o wielkości $\geq 3$ dd (wielkości tarczy nerwu wzrokowego)		
3. Niewygaszona bioelektryczna czynność w odpowiedzi fotopowej w badaniu ERG		
4. Pozytywny wynik badania progu pełnego pola w badaniu FST na barwę białą przy jednoczesnym pozytywnym badaniu progu pełnego pola w badaniu FST na barwę czerwoną i niebieską		
5. Brak innych, współistniejących mutacji biallelicznych genu RPE65 potwierdzonych badaniem genetycznym, mających wpływ na funkcje widzenia		

\* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

**Do wniosku należy dołączyć badania wymagane przy kwalifikacji do programu.**

Uwagi:

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

Data: .....

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

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65 (ICD-10: H35.5)**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Chorób Siatkówki

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek: woretygen neparwówek

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Chorób Siatkówki

**W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:**

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

## 2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65 (ICD-10: H35.5)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie woretygen neparwówek oraz zobowiązuje się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data .....

.....  
Podpis pacjenta

Data .....

.....  
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

### 3. Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki (ICD-10: H.34, H35.3, H36.0) – moduł RVO

#### Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

#### Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta: .....

Oko (lewe/prawe): .....

Ostrość wzroku (wg tablicy Snellena/ EDTRS):.....

Średnia grubość środkowego podpoła siatkówki w badaniu OCT:.....

Wcześniejsze leczenie w ramach innych źródeł finansowania (TAK/NIE – jeśli TAK do wniosku należy dołączyć zaświadczenie o liczbie dotychczasowych iniekcji):.....

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
1. Obrzęk plamki wtórny do RVO zdiagnozowany w ciągu 9 miesięcy od rozpoznania RVO		
2. Zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszklistkowych		
3. Brak aktywnych włókniasto-naczyniowych trąk, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie		
4. Brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii proliferacyjnej		
5. Brak krwotoku do ciała szklistego wymagającego leczenia operacyjnego		
6. Brak neowaskularyzacji tęczówki		
7. Uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowe		
8. Brak zaćmy mającej wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie		
9. Brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w plamce nierokujących poprawy po leczeniu anty-VEGF lub steroidoterapii		

\* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

**Do wniosku należy dołączyć badania wymagane przy kwalifikacji do programu.**

Uwagi:

.....  
.....

Data: .....

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

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki (ICD-10: H.34, H35.3, H36.0) – moduł RVO**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Chorób Siatkówki

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek: bewacyzumab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Chorób Siatkówki

**W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:**

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

### 3.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki (ICD-10: H.34, H35.3, H36.0) – moduł RVO

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie bewacyzumabem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data .....

.....  
Podpis pacjenta

Data .....

.....  
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej**

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej oraz weryfikacja jej skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) E85.1 Amyloidozą dziedziczną lub rodzinną, postać neuropatyczną
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Rzadkich Chorób Neurologicznych
1.6	jednostka koordynująca	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, 02-097 Warszawa, ul. Banacha 1A
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści z dziedzin medycyny właściwych dla programu lekowego
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego wymienionym w pkt 1; 2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych lub w oparciu o dokumenty, których wzór został określony w pkt 2
1.9	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 - porada lekarska, konsultacja, asysta



**Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie dorosłych pacjentów  
z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy  
transtyretynowej (ICD-10:E85.1)**

**A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:**

Imię i nazwisko:

PESEL:

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

**B. Dane do kwalifikacji:**

Wiek pacjenta: .....

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE
rozpoznanie amyloidozy transtyretynowej (ATTR)		
postać dziedziczna ATTR potwierdzona wynikiem badania genetycznego		
polineuropatia stadium I lub II wg klasyfikacji Coutinho, jako skutek ATTR		
kardiomiopatia w przebiegu ATTRv		

Klasa NYHA:        I,        II,        III,        IV

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania? .....

**Ważne!** W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać od kiedy i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta, jeśli dostępne łącznie z opisem stanu neurologicznego sprzed rozpoczęcia terapii.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### C. Badania przy kwalifikacji:

Potwierdzenie rozpoznania polineuropatii i ocena stopnia jej zaawansowania:

Rodzaj badania:	Uzyskany wynik:
badanie neurologiczne z oceną siły mięśniowej, odruchów ścięgniastych, czucia dotyku, bólu, temperatury, ułożenia i wibracji za pomocą skali NIS – Neuropathy Impairment Score	Liczba pkt: .....
ocena czynności układu autonomicznego z wykorzystaniem kwestionariusza CADT (Compound Autonomic Dysfunction Test)	Liczba pkt: .....
ocena obecności i nasilenia bólu neuropatycznego za pomocą skali wzrokowo-analogowej (0-10) VAS - Visual Analogue Scale	Liczba pkt: .....
test 6-minutowego chodu – w zależności od stopnia zaawansowania choroby <b>lub</b> 10-metrowy test marszowy – w zależności od stopnia zaawansowania choroby	Liczba metrów: .....  Liczba sekund: .....
określenie stadium polineuropatii wg klasyfikacji Coutinho	Liczba: .....

Badanie przewodnictwa nerwowego nerwów ruchowych i czuciowych 4-kończynowo (badanie nerwów: pośrodkowy, łokciowy, strzałkowy i łydkiowy obustronnie)

Data badania: .....

Opis badania lub skan:

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

Sekwencjonowanie genu transtyretynu (TTR)

Data badania: .....

Opis badania lub skan:

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

Scyntygrafia serca z zastosowaniem radioizotopu <sup>99m</sup>Tc-DPD lub <sup>99m</sup>Tc-PYP lub <sup>99m</sup>Tc-HMDP (możliwe wykorzystanie wyniku badania z dokumentacji medycznej pacjenta) **lub** USG serca – wybór badania do decyzji lekarza prowadzącego

Data badania: .....

Opis badania lub skan:

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

Prealbumina – ..... mg/dl

Data badania: .....

Stężenie witaminy A - ..... mg/l

Data badania: .....

Okres ciąży lub karmienia piersią - TAK / NIE

#### **D. Konsultacje**

Konsultacja kardiologiczna

Data konsultacji: .....

Opis konsultacji (można dołączyć skan wyniku konsultacji):

.....  
.....

Konsultacja okulistyczna

Data konsultacji: .....

Opis konsultacji (można dołączyć skan wyniku konsultacji):

.....  
.....

Konsultacja nefrologiczna (opcjonalnie)

Data konsultacji: .....

Opis konsultacji (można dołączyć skan wyniku konsultacji):

.....  
.....

Data: .....

nadruk lub pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza,  
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis/podpis kwalifikowany

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej (ICD-10:E85.1)**

Przewodniczący Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Rzadkich Chorób Neurologicznych

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek: wutrisyranem

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

.....  
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjny ds. Leczenia Rzadkich Chorób  
Neurologicznych

**W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:**

▪ Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

▪ W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

**2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtretynowej (ICD-10:E85.1)**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie wutrisyranem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data .....

.....  
Podpis pacjenta

Data .....

.....  
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

### **Powołanie Zespołu Koordynacyjnego do spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych**

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930 oraz z 2025 r. poz. 129), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych w składzie:

- 1) prof. nadz. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska - Przewodnicząca, Zastępca Dyrektora ds. Klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie;
- 2) prof. dr hab. n. med. Lidia Rutkowska-Sak - Wiceprzewodnicząca, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie;
- 3) prof. dr hab. med. Marek Brzosko, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego, Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie;
- 4) dr hab. n. med. Bogdan Batko, Małopolskie Centrum Reumatologii, Immunologii i Rehabilitacji Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie;
- 5) prof. dr hab. n. med. Magdalena Durlik, Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
- 6) prof. dr hab. n. med. Piotr Głuszko, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie;
- 7) dr hab. n. med. Katarzyna Górka, Warszawski Uniwersytet Medyczny w Warszawie;
- 8) prof. dr hab. n. med. Karina Jahnz-Różyk, Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii, Immunologii Klinicznej i Chorób Rzadkich, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie;
- 9) prof. dr hab. n. med. Otylia Kowal-Bielecka, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku;
- 10) dr hab. n. med. Magdalena Krajewska-Włodarczyk, prof. UWM, Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie;
- 11) dr hab. n. med. Joanna Makowska, prof. UM, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi;
- 12) prof. nadz. dr hab. n. med. Witold Owczarek, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie;
- 13) prof. dr hab. n. med. Wojciech Piotrowski, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Łodzi;
- 14) dr n. med. Marcin Stajszczyk, Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu Sp. z o.o.;
- 15) prof. dr hab. n. med. Witold Tłustochowicz, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie;
- 16) dr hab. med. Jerzy Tomik Prof. UJ CM, Klinika Otolaryngologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie;
- 17) dr hab. n. med. Aleksandra Wardzyńska, Klinika Immunologii i Alergii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi;
- 18) prof. dr hab. n. med. Zbigniew Żuber, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie.

### **Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich**

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930 oraz z 2025 r. poz. 129), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich w składzie:

- 1) prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak, Przewodniczący Zespołu, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieków Rozwojowych, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie;
- 2) dr n. med. Dariusz Rokicki, Z-ca Przewodniczącego Zespołu, Klinika Pediatrii, Żywienia i Chorób Metabolicznych, Instytut "Pomnik- Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie;
- 3) dr n. med. Ewa Starostecka, Sekretarz Zespołu, Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
- 4) prof. Iwona Beń - Skowronek, Klinika Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej z Pracownią Endokrynologiczno-Metaboliczną, Uniwersytet Medyczny w Lublinie;
- 5) prof. dr hab. n. med. Mirosław Bik-Multanowski, Zakład Genetyki Medycznej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie;
- 6) dr hab. n. med. Ewa Jamroz, Oddział Pediatrii i Neurologii Wieków Rozwojowych, Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach;
- 7) dr n. med. Łukasz Kałużny, Klinika Gastroenterologii Dziecięcej i Chorób Metabolicznych i Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 8) prof. dr hab. n. med. Beata Kieć-Wilk, Oddział Kliniczny Katedry Chorób Metabolicznych i Diabetologii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie;
- 9) prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszyk, Katedra i Klinika Neurologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;
- 10) dr hab. n. med. Izabela Anna Michalus, prof. Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki, Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych Regionalnego Centrum Chorób Rzadkich, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
- 11) prof. dr hab. n. med. Bożena Mikołuc, Klinika Pediatrii, Reumatologii, Immunologii i Chorób Metabolicznych Kości, Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. Ludwika Zamenhofs w Białymstoku;
- 12) dr hab. n. med. Małgorzata Pańczyk-Tomaszewska, Katedra i Klinika Pediatrii i Nefrologii, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
- 13) prof. dr hab. n. med. Krzysztof Pawlaczyk, Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala Klinicznego Nr 2 im. Heliadora Święcickiego w Poznaniu;
- 14) prof. dr hab. n. med. Przemysław Sikora, Klinika Nefrologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie;
- 15) dr hab. n. med., prof. IMiD Jolanta Sykut-Cegielska, Klinika Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie;
- 16) prof. dr hab. n. med. Robert Śmigiel, Katedra Pediatrii oraz Zakładu Propedeutyki Pediatrii i Chorób Rzadkich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu;
- 17) prof. dr hab. n. med. Jolanta Wierzba, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Gdańsk;

18) dr n. med. Grzegorz Witkowski, I Klinika Neurologiczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

W skład Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego wchodzi:

- 1) prof. dr hab. n. med. Karina Jahnz-Różyk, Przewodnicząca Sekcji, Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii i Immunologii Klinicznej, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie;
- 2) dr n. med. Aleksandra Kucharczyk, adiunkt Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii i Immunologii Klinicznej Wojskowego Instytutu Medycznego – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie;
- 3) dr hab. n. med. Małgorzata Pac, Klinika Immunologii, prof. Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie;
- 4) dr n. med. Ewa Wiśnik-Szewczyk, Klinika Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii i Immunologii Klinicznej, Wojskowy Instytut Medyczny – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie;
- 5) dr n. med. Beata Wolska-Kuśnierz, Klinika Immunologii, Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie.



Załącznik Nr 14 do zarządzenia Nr 29/2025/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 24 kwietnia 2025 r.

**Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Pacjentów ze Spektrum Zapalenia Nerwów  
Wzrokowych i Rdzenia Kręgowego**

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930 oraz z 2025 r. poz. 129), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów ze Spektrum Zapalenia Nerwów Wzrokowych i Rdzenia Kręgowego w składzie:

- 1) prof. dr hab. n. med. Beata Zakrzewska-Pniewska, Katedra i Klinika Neurologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny - Przewodnicząca Zespołu;
- 2) prof. dr hab. n. med. Halina Bartosik-Psujek, Zakład Neurologii, Uniwersytet Rzeszowski - Wiceprzewodnicząca Zespołu;
- 3) prof. dr hab. n. med. Monika Adamczyk-Sowa, Katedra i Klinika Neurologii, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach;
- 4) dr hab. n. med. Waldemar Broła, Oddział Neurologiczny, Pododdział Udarowy, Zespół Opieki Zdrowotnej w Końskich;
- 5) prof. dr hab. n. med. Sergiusz Józwiak, Klinika Neurologii i Epileptologii, Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie;
- 6) prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska, Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku;
- 7) prof. dr hab. n. med. Krystyna Mitosek – Szewczyk, Klinika Neurologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie;
- 8) dr hab. n. med. Monika Nojszewska, Katedra i Klinika Neurologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny;
- 9) prof. dr hab. n. med. Barbara Steinborn, Katedra i Klinika Neurologii Wieków Rozwojowych, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 10) dr n. med. Marcin Wnuk, prof. UJ, Oddział Kliniczny Neurologii, SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie.

Załącznik Nr 15 do zarządzenia Nr 29/2025/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 24 kwietnia 2025 r.

**Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Rzadkich Chorób Neurologicznych**

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930 oraz z 2025 r. poz. 129), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Rzadkich Chorób Neurologicznych w składzie:

- 1) dr n. med. Małgorzata Bilińska, Klinika Neurologii Dorosłych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
- 2) prof. dr hab. n. med. Anetta Lasek-Bal, Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym, Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca w Katowicach;
- 3) dr n. med. Marta Lipowska, Klinika Neurologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;
- 4) lek. Michał Michalski, Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym i Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. św. Jana Pawła II w Krakowie.

**Regulamin Zespołu Koordynacyjnego do spraw Chorób Ultrarzadkich Regulamin Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego działającej w ramach Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich**

1. Zespół Koordynacyjny:

- 1) kwalifikuje świadczeniobiorców do leczenia w ramach programu lekowego:
  - a) Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III;
  - b) Leczenie choroby Hurler;
  - c) Leczenie pacjentów z chorobą Pompego;
  - d) Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera);
  - e) Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii;
  - f) Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1);
  - g) Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi;
  - h) Leczenie choroby Fabry`ego;
  - i) Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych;
  - j) Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną;
  - k) Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu;
  - l) Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona;
  - m) Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego;
  - n) Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową;
  - o) Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH);
  - p) Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B;
  - r) Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji;
  - s) Leczenie pacjentów z achondroplazją;
  - t) Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES);
- 2) rozstrzyga o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu;
- 3) dokonuje oceny skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego:
  - a) Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III;
  - b) Leczenie choroby Hurler;
  - c) Leczenie pacjentów z chorobą Pompego;
  - d) Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera);
  - e) Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii;
  - f) Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1);
  - g) Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi;

- h) Leczenie choroby Fabry`ego;
- i) Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych;
- j) Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną;
- k) Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu;
- l) Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona;
- m) Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego;
- n) Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową;
- o) Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH);
- p) Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B;
- r) Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji;
- s) Leczenie pacjentów z achondroplazją;
- t) Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES).

2. W ramach Zespołu Koordynacyjnego, Prezes Funduszu, powołuje Sekcję ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego działającą na podstawie odrębnego regulaminu, określonego przez Prezesa Funduszu.

3. Członkowie Zespołu Koordynacyjnego, zwykłą większością głosów, wybierają ze swojego składu Przewodniczącego, jego Zastępców oraz Sekretarza.

4. Do zadań Przewodniczącego należy w szczególności:

- 1) organizacja oraz prowadzenie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 2) przydzielanie członkom Zespołu Koordynacyjnego obowiązków niezbędnych do prawidłowego wypełniania zadań Zespołu Koordynacyjnego;
- 3) nadzorowanie przestrzegania przez Zespół Koordynacyjny postanowień niniejszego Regulaminu;
- 4) podpisywanie protokołów z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 5) reprezentowanie Zespołu Koordynacyjnego na zewnątrz.

5. W czasie nieobecności Przewodniczącego czynności, o których mowa w ust. 4, wykonuje wyznaczony Zastępca Przewodniczącego.

6. Do zadań Sekretarza należy protokołowanie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego.

7. W posiedzeniach Zespołu Koordynacyjnego mogą brać udział, bez prawa głosu, przedstawiciel Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej "Funduszem", oraz Ministra Zdrowia.

8. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu lekowego, ocena skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego oraz rozstrzyganie o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu lekowego odbywa się zgodnie z opisem świadczenia, określonym w załączniku do obwieszczenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

9. Kwalifikacja do leczenia w ramach programów lekowych "Leczenie wrodzonych zespołów autozapalnych", "Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu" oraz "Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)" jest dokonywana przez członków Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego.

10. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje<sup>3)</sup> dotyczące kwalifikacji świadczeniobiorców do programu oraz wyłączenia świadczeniobiorców z programu.

11. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje w sposób niezależny, a jego członkowie nie kontaktują się w sprawach pracy Zespołu, w szczególności w zakresie wydawanych opinii, z jakąkolwiek osobą, organizacją, czy instytucją, która mogłaby być zainteresowana bezpośrednio lub pośrednio podejmowanymi przez Zespół Koordynacyjny decyzjami.

12. Decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące leczenia pacjentów oraz inne decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące realizacji programu lekowego są podejmowane na posiedzeniach zwykłą większością głosów, w obecności Przewodniczącego albo w przypadku jego nieobecności - Zastępcy Przewodniczącego. W przypadku oddania równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego, a w przypadku jego nieobecności Zastępcy Przewodniczącego. Dokumenty zawierające decyzje podejmowane przez Zespół Koordynacyjny, podpisuje Przewodniczący, a w razie nieobecności Przewodniczącego - Zastępca Przewodniczącego. Decyzje dotyczące kwalifikacji lub kontynuacji leczenia mogą być podejmowane na zasadach określonych przez Zespół, również z wykorzystaniem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

13. W wyjątkowych okolicznościach związanych z koniecznością zapewnienia szybkiego dostępu do terapii, bądź zachowania ciągłości terapii w danym programie lekowym decyzję może jednoosobowo podjąć Przewodniczący lub Zastępca Przewodniczącego. Decyzja nie może zostać podjęta na okres dłuższy niż do czasu najbliższego posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego. W każdym tego typu przypadku, na najbliższym posiedzeniu Zespołu Koordynacyjnego przedstawiany jest wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia, bądź w przypadku kontynuacji terapii - karta monitorowania leczenia.

14. Zespół Koordynacyjny przekazuje do Jednostki Koordynującej informacje o podjętych decyzjach, w celu zawiadomienia przez Jednostkę Koordynującą ośrodka występującego z wnioskiem o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia, kontynuację lub zaprzestanie leczenia.

15. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego odbywają się zgodnie z przyjętym na dany rok harmonogramem. Harmonogram posiedzeń ustala Przewodniczący. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą także odbywać się z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

16. Na wniosek Przewodniczącego Zespołu posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą odbywać się poza terminami wynikającymi z harmonogramu.

17. Posiedzenia odbywają się przy udziale co najmniej połowy członków Zespołu Koordynacyjnego.

18. Z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego sporządza się protokół, który podpisuje Przewodniczący Zespołu albo w przypadku jego nieobecności – Zastępca Przewodniczącego. Protokół jest przekazywany Prezesowi Funduszu oraz Jednostce Koordynującej.

19. Zespół Koordynacyjny jest zobowiązany do składania Prezesowi Funduszu półrocznych raportów z realizacji danego programu lekowego, sporządzanych zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do regulaminu, w terminach odpowiednio do:

- 1) 30 września – za pierwsze półrocze danego roku;
- 2) 31 marca – za drugie półrocze roku poprzedniego.

20. Zespół Koordynacyjny może występować do Ministra Zdrowia w sprawach związanych z realizacją programu lekowego, o których mowa w art. 16b ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.).

21. Każda osoba powołana przez Prezesa Funduszu w skład Zespołu Koordynacyjnego obowiązana jest do zgłoszenia przewodniczącemu Zespołu ewentualnego konfliktu interesów oraz do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które nabyła w związku z udziałem w pracach Zespołu.

---

<sup>3)</sup> Decyzje, o których mowa w niniejszym regulaminie nie są decyzjami administracyjnymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775, z późn. zm.).

22. Obsługę administracyjną oraz prawną Zespołu Koordynacyjnego oraz jego członków zapewnia Jednostka Koordynująca. Do zadań Jednostki Koordynującej należy w szczególności:

- 1) archiwizacja dokumentów;
- 2) przekazywanie korespondencji;
- 3) kontaktowanie się z członkami Zespołu Koordynacyjnego;
- 4) zawiadamianie o spotkaniach oraz informowanie o decyzjach Zespołu Koordynacyjnego ośrodka występującego z wnioskiem o kwalifikację do leczenia, kontynuację i zaprzestanie terapii.

## **Regulamin Sekcji ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego działającej w ramach Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich**

1. Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego, zwana dalej "Sekcją", powoływana jest przez Prezesa Funduszu.

2. Sekcja działa w ramach Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, zwanego dalej "Zespołem Koordynacyjnym", który wykonuje swoje zadania przy ośrodku będącym realizatorem świadczenia "kwalifikacja do leczenia w programie lekowym oraz weryfikacja jego skuteczności" (Jednostka Koordynująca).

3. O terminach posiedzeń Sekcji informowany jest Przewodniczący Zespołu. W posiedzeniach Sekcji mogą uczestniczyć z prawem głosu członkowie Zespołu Koordynacyjnego oraz bez prawa głosu przedstawiciele Funduszu oraz Ministra Zdrowia.

4. Sekcja kwalifikuje do leczenia oraz weryfikuje skuteczność leczenia pacjentów w ramach programów lekowych finansowanych przez Fundusz:

- 1) Leczenie wrodzonych zespołów autozapalnych;
- 2) Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu;
- 3) Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES).

5. Sekcja podejmuje decyzje dotyczące kwalifikacji pacjentów do programu w dwóch podzespołach:

- 1) podzespół pediatryczny, który podejmuje decyzje dotyczące kwalifikacji pacjentów <18r.ż.;
- 2) podzespół internistyczny, który podejmuje decyzje dotyczące kwalifikacji pacjentów ≥18r.ż.

6. Pracami podzespołów kieruje odpowiednio do specjalizacji Przewodniczący Sekcji lub Zastępca Przewodniczącego Sekcji.

7. Kwalifikacja do leczenia odbywa się zgodnie z opisem świadczenia, określonym w załączniku do obwieszczenia oraz zgodnie z zarządzeniem.

8. Sekcja podejmuje decyzje<sup>4)</sup> dotyczące rozpoczęcia leczenia, kontynuowania oraz zakończenia leczenia, jak również dotyczące wielkości dawki stosowanego leku, na podstawie prawidłowo wypełnionych dokumentów, niezbędnych dla kwalifikacji oraz monitorowania leczenia, zgodnie z opisem programu po uzyskaniu pozytywnej opinii recenzenta, wybranego spośród członków Sekcji. Wzory przedmiotowych dokumentów określone są w załączniku do zarządzenia.

9. Decyzje podejmowane przez Sekcję w zakresie leczenia pacjentów oraz inne decyzje związane z realizacją przedmiotowego programu lekowego są przedstawiane przez członków Sekcji na posiedzeniach Zespołu Koordynacyjnego. Zespół Koordynacyjny dokonuje ostatecznej akceptacji uprzednio podjętych przez Sekcję decyzji zwykłą większością głosów w obecności Przewodniczącego lub w przypadku jego nieobecności - Zastępcy Przewodniczącego. W razie oddania równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego Zespołu, a w przypadku jego nieobecności - Zastępcy Przewodniczącego. Dokumenty zawierające decyzje podejmowane przez Sekcję podpisuje Przewodniczący, a w razie nieobecności Przewodniczącego - Zastępca Przewodniczącego. Decyzje dotyczące kwalifikacji lub kontynuacji leczenia mogą być podejmowane na zasadach określonych przez Zespół, również z wykorzystaniem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

10. W wyjątkowych okolicznościach związanych z koniecznością zapewnienia szybkiego dostępu do terapii, bądź zachowania ciągłości leczenia decyzje są podejmowane przez upoważnionego przez Przewodniczącego Zespołu członka Sekcji. Decyzje te są jednoznaczne z możliwością rozpoczęcia terapii u pacjenta. Decyzje są następnie przedstawiane na posiedzeniach Zespołu Koordynacyjnego. W każdym tego typu przypadku, na najbliższym posiedzeniu Zespołu przedstawiany jest wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia, bądź w przypadku kontynuacji terapii - karta monitorowania leczenia.

---

<sup>4)</sup> Decyzje, o których mowa w niniejszym regulaminie nie są decyzjami administracyjnymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775, z późn. zm.).

11. Informacja o posiedzeniach Sekcji jest przekazywana Przewodniczącemu Zespołu Koordynacyjnego bądź jego Zastępcy oraz Jednostce Koordynującej.

12. Sekretariat Jednostki Koordynującej odnotowuje informację o posiedzeniach Sekcji w protokołach z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych.

13. Członkowie Sekcji są obowiązani do przestrzegania Regulaminu Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych.



**RAPORT Z REALIZACJI PROGRAMU LEKOWEGO\*****Informacje ogólne:**

1.	Nazwa zespołu	Zespół Koordynacyjny ds. ....
2.	Data sporządzenia	DD-MM-RRRR
3.	Okres sprawozdawczy	DD-MM-RRRR – DD-MM-RRRR

**Przebieg i postęp realizacji zadań zespołu w okresie sprawozdawczym Opis zrealizowanych zadań  
w okresie sprawozdawczym:**

<b>1.</b>	<b>Liczba posiedzeń Zespołu:</b>	
1.1.	liczba posiedzeń stacjonarnych:	
1.2.	liczba posiedzeń w formule online:	
<b>2.</b>	<b>Liczba omawianych wniosków:</b>	
<b>3.</b>	<b>Liczba zakwalifikowanych do terapii, w tym:</b>	
3.1.	liczba pacjentów pierwszorazowo zakwalifikowanych do terapii:	
3.2.	liczba pacjentów, u których podjęto decyzję o kontynuacji leczenia w programie:	
<b>4.</b>	<b>Liczba wniosków odrzuconych, w tym:</b>	
4.1.	liczba odrzuconych wniosków dla pierwszorazowo zgłoszonych pacjentów:	
4.2.	liczba odrzuconych wniosków o kontynuację leczenia w programie:	
<b>5.</b>	<b>Liczba wniosków o wyłączenie pacjenta z terapii, w tym:</b>	
5.1.	z powodu rezygnacji pacjenta:	
5.2.	inne: (proszę wskazać) 1) ..... 2) .....	1) ..... 2) .....

**Informacja na temat odrzuconych wniosków:**

<b>1.</b>	<b>Przyczyny odrzucenia wniosków o kwalifikację dla pacjentów pierwszorazowych:</b> - należy podać najczęstsze przyczyny - informacje należy podawać w formie ogólnej
<b>2.</b>	<b>Przyczyny odrzucenia wniosków o kontynuację leczenia pacjentów:</b> - należy podać najczęstsze przyczyny - jeżeli przyczyną było pojawienie się działań niepożądanych proszę o podanie nazwy leku oraz działania niepożądanego wraz z podaniem liczby takich dyskwalifikacji - informacje należy podawać w formie ogólnej

**Dodatkowe informacje na temat realizacji programu lekowego/programów lekowych w tym realizacji  
dodatkowych zadań przez Zespół Koordynacyjny w okresie sprawozdawczym**

--

## Rekomendacje Zespołu Koordynacyjnego w zakresie proponowanych zmian w programach lekowych

**Informacje nt. skuteczności leczenia pacjentów w programie lekowym - opracowanie na podstawie danych będących w posiadaniu Zespołu Koordynacyjnego\*\***

.....		.....
<i>data, podpis</i> <b>Przewodniczącego Zespołu</b>		<i>data, podpis</i> <b>Kierownika Jednostki Koordynującej</b>

### **WAŻNE!**

\* Składany do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 16b ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930)

Uzupełniony raport należy złożyć do Prezesa Funduszu w terminach określonych w regulaminie prac Zespołu, wyłącznie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym poczty elektronicznej w dwóch egzemplarzach. Jeden z egzemplarzy musi zostać przekazany w formie elektronicznej edytowalnej.

\*\* Zespół Koordynacyjny może wystąpić do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o udostępnienie dodatkowych danych niezbędnych do opracowania raportu.

Załącznik Nr 17 do zarządzenia Nr 29/2025/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 24 kwietnia 2025 r.

## **Regulamin Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Rzadkich Chorób Neurologicznych**

### **1. Zespół Koordynacyjny:**

- 1) kwalifikuje świadczeniobiorców do leczenia w ramach programu lekowego "Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej";
- 2) rozstrzyga o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu;
- 3) dokonuje oceny skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego "Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej".

2. Członkowie Zespołu Koordynacyjnego, zwykłą większością głosów, wybierają ze swojego składu Przewodniczącego, jego Zastępców oraz Sekretarza.

### **3. Do zadań Przewodniczącego należy w szczególności:**

- 1) organizacja oraz prowadzenie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 2) przydzielanie członkom Zespołu Koordynacyjnego obowiązków niezbędnych do prawidłowego wypełniania zadań Zespołu Koordynacyjnego;
- 3) nadzorowanie przestrzegania przez Zespół Koordynacyjny postanowień niniejszego Regulaminu;
- 4) podpisywanie protokołów z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 5) reprezentowanie Zespołu Koordynacyjnego na zewnątrz.

4. W czasie nieobecności Przewodniczącego czynności, o których mowa w ust. 3, wykonuje wyznaczony Zastępca Przewodniczącego.

### **5. Do zadań Sekretarza należy protokołowanie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego.**

6. W posiedzeniach Zespołu Koordynacyjnego mogą brać udział, bez prawa głosu, przedstawiciel Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej "Funduszem", oraz Ministra Zdrowia.

7. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu lekowego, ocena skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego oraz rozstrzyganie o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu lekowego odbywa się zgodnie z opisem świadczenia, określonym w załączniku do obwieszczenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

8. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje<sup>5)</sup> dotyczące kwalifikacji świadczeniobiorców do programu oraz wyłączenia świadczeniobiorców z programu.

9. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje w sposób niezależny, a jego członkowie nie kontaktują się w sprawach pracy Zespołu, w szczególności w zakresie wydawanych opinii, z jakąkolwiek osobą, organizacją, czy instytucją, która mogłaby być zainteresowana bezpośrednio lub pośrednio podejmowanymi przez Zespół Koordynacyjny decyzjami.

---

<sup>5)</sup> Decyzje, o których mowa w niniejszym regulaminie nie są decyzjami administracyjnymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775, z późn. zm.).

10. Decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące leczenia pacjentów oraz inne decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące realizacji programu lekowego są podejmowane na posiedzeniach zwykłą większością głosów, w obecności Przewodniczącego albo w przypadku jego nieobecności - Zastępcy Przewodniczącego. W przypadku oddania równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego, a w przypadku jego nieobecności Zastępcy Przewodniczącego. Dokumenty zawierające decyzje podejmowane przez Zespół Koordynujący, podpisuje Przewodniczący, a w razie nieobecności Przewodniczącego - Zastępca Przewodniczącego. Decyzje dotyczące leczenia pacjentów mogą być podejmowane na zasadach określonych przez Zespół, również z wykorzystaniem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

11. Zespół Koordynacyjny przekazuje do Jednostki Koordynującej informacje o podjętych decyzjach, w celu zawiadomienia przez Jednostkę Koordynującą ośrodka występującego z wnioskiem o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia, kontynuację lub zaprzestanie leczenia.

12. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego odbywają się zgodnie z przyjętym na dany rok harmonogramem. Harmonogram posiedzeń ustala Przewodniczący. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą także odbywać się z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

13. Na wniosek Przewodniczącego Zespołu posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą odbywać się poza terminami wynikającymi z harmonogramu.

14. Posiedzenia odbywają się przy udziale co najmniej połowy członków Zespołu Koordynacyjnego.

15. Z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego sporządza się protokół, który podpisuje Przewodniczący Zespołu albo w przypadku jego nieobecności – Zastępca Przewodniczącego. Protokół jest przekazywany Prezesowi Funduszu oraz Jednostce Koordynującej.

16. Zespół Koordynacyjny jest zobowiązany do składania Prezesowi Funduszu półrocznych raportów z realizacji danego programu lekowego, sporządzanych zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do regulaminu, w terminach odpowiednio do:

- 1) 30 września – za pierwsze półrocze danego roku;
- 2) 31 marca – za drugie półrocze roku poprzedniego.

17. Zespół Koordynacyjny może występować do Ministra Zdrowia w sprawach związanych z realizacją programu lekowego, o których mowa w art. 16b ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.).

18. Każda osoba powołana przez Prezesa Funduszu w skład Zespołu Koordynacyjnego obowiązana jest do zgłoszenia przewodniczącemu Zespołu ewentualnego konfliktu interesów oraz do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które nabyła w związku z udziałem w pracach Zespołu.

19. Obsługę administracyjną oraz prawną Zespołu Koordynacyjnego oraz jego członków zapewnia Jednostka Koordynująca. Do zadań Jednostki Koordynującej należy w szczególności:

- 1) archiwizacja dokumentów;
- 2) przekazywanie korespondencji;
- 3) kontaktowanie się z członkami Zespołu Koordynacyjnego;
- 4) zawiadamianie o spotkaniach oraz informowanie o decyzjach Zespołu Koordynacyjnego ośrodka występującego z wnioskiem o kwalifikację do leczenia, kontynuację i zaprzestanie terapii.

**RAPORT Z REALIZACJI PROGRAMU LEKOWEGO\*****Informacje ogólne:**

1.	Nazwa zespołu	Zespół Koordynacyjny ds. ....
2.	Data sporządzenia	DD-MM-RRRR
3.	Okres sprawozdawczy	DD-MM-RRRR – DD-MM-RRRR

**Przebieg i postępowanie realizacji zadań zespołu w okresie sprawozdawczym Opis zrealizowanych zadań w okresie sprawozdawczym:**

<b>1.</b>	<b>Liczba posiedzeń Zespołu:</b>	
1.1.	liczba posiedzeń stacjonarnych:	
1.2.	liczba posiedzeń w formule online:	
<b>2.</b>	<b>Liczba omawianych wniosków:</b>	
<b>3.</b>	<b>Liczba zakwalifikowanych do terapii, w tym:</b>	
3.1.	liczba pacjentów pierwszorazowo zakwalifikowanych do terapii:	
3.2.	liczba pacjentów, u których podjęto decyzję o kontynuacji leczenia w programie:	
<b>4.</b>	<b>Liczba wniosków odrzuconych, w tym:</b>	
4.1.	liczba odrzuconych wniosków dla pierwszorazowo zgłoszonych pacjentów:	
4.2.	liczba odrzuconych wniosków o kontynuację leczenia w programie:	
<b>5.</b>	<b>Liczba wniosków o wyłączenie pacjenta z terapii, w tym:</b>	
5.1.	z powodu rezygnacji pacjenta:	
5.2.	inne: (proszę wskazać) 1) ..... 2) .....	1) ..... 2) .....

**Informacja na temat odrzuconych wniosków:**

<b>1.</b>	<b>Przyczyny odrzucenia wniosków o kwalifikację dla pacjentów pierwszorazowych:</b> - należy podać najczęstsze przyczyny - informacje należy podawać w formie ogólnej
<b>2.</b>	<b>Przyczyny odrzucenia wniosków o kontynuację leczenia pacjentów:</b> - należy podać najczęstsze przyczyny - jeżeli przyczyną było pojawienie się działań niepożądanych proszę o podanie nazwy leku oraz działania niepożądanego wraz z podaniem liczby takich dyskwalifikacji - informacje należy podawać w formie ogólnej

**Dodatkowe informacje na temat realizacji programu lekowego/programów lekowych w tym realizacji dodatkowych zadań przez Zespół Koordynacyjny w okresie sprawozdawczym**

--

**Rekomendacje Zespołu Koordynacyjnego w zakresie proponowanych zmian w programach lekowych**

**Informacje nt. skuteczności leczenia pacjentów w programie lekowym - opracowanie na podstawie danych będących w posiadaniu Zespołu Koordynacyjnego\*\***

.....

*data, podpis*

**Przewodniczącego Zespołu**

**WAŻNE!**

*\* Składany do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 16b ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930).*

*Uzupełniony raport należy złożyć do Prezesa Funduszu w terminach określonych w regulaminie prac Zespołu, wyłącznie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym poczty elektronicznej, w dwóch egzemplarzach. Jeden z egzemplarzy musi zostać przekazany w formie elektronicznej edytowalnej.*

*\*\* Zespół Koordynacyjny może wystąpić do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o udostępnienie dodatkowych danych niezbędnych do opracowania raportu.*

.....

*data, podpis*

**Kierownika Jednostki Koordynującej**

## Uzasadnienie

Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego.

Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 9/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 stycznia 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego (z późn. zm.), dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 kwietnia 2025 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 23), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930 oraz z 2025 r. poz. 129).

Najważniejsze zmiany dotyczą:

1) treści § 9 ust. 4, § 10 ust. 2, § 19 oraz § 20 zarządzenia, w związku z dodaniem programu lekowego Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej oraz kwalifikacją pacjentów do terapii w ramach ww. programu lekowego przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Rzadkich Chorób Neurologicznych;

2) treści § 24 ust. 5, w związku z dodaniem nowych produktów rozliczeniowych w katalogu ryczałtów za diagnostykę, dedykowanych dla programu lekowego B.70 Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki;

3) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego *Katalog świadczeń i zakresów* i polegają na:

a) zmianie nazwy zakresu o kodzie 03.0000.325.02 na Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)

b) dodaniu zakresów o kodach:

- 03.0000.468.02 Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV),

- 03.0000.469.02 Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES),

- 03.0000.470.02 Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej,

- 03.0000.471.02 Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA,

c) dodanie możliwości rozliczania produktu o kodzie 5.08.07.0000002 hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci dla zakresów o kodach:

- 03.0000.371.02 Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C,

- 03.0000.375.02 Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,

d) dodanie możliwości rozliczania produktu o kodzie 5.08.07.0000001 hospitalizacja związana z wykonaniem programu dla zakresu 03.0000.455.02 Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1), w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym oraz uwagą zgłoszoną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ;

4) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego *Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych* i polegają na:

a) zmianie nazwy świadczenia o kodzie:

- 5.08.08.0000032 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z mukopolisacharydozą typu II,

- 5.08.08.0000106 na Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – ekulizumab,

- 5.08.08.0000117 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000118 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 2 i kolejne lata terapii,

b) dodaniu świadczeń o kodach:

- 5.08.08.0000286 Diagnostyka w programie leczenia chorych na wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi abemacyklibem - 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000287 Diagnostyka w programie leczenia chorych na wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi abemacyklibem - 2 rok terapii,

- 5.08.08.0000288 Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem w terapii uzupełniającej po resekcji czerniaka w stadium IIB/IIC,

- 5.08.08.0000289 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - RVO – kwalifikacja,

- 5.08.08.0000290 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - RVO – monitorowanie,

- 5.08.08.0000291 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (mepolizumab),

- 5.08.08.0000292 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (mepolizumab),

- 5.08.08.0000293 Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1(NF1) - 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000294 Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1(NF1)- 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000295 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV),

- 5.08.08.0000296 Diagnostyka w programie leczenia chorych z zespołem hipereozynofilowym [HES] - 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000297 Diagnostyka w programie leczenia chorych z zespołem hipereozynofilowym [HES] - 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000298 Diagnostyka w programie leczenia dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej,

- 5.08.08.0000299 Diagnostyka leczenia pacjentów z pierwotną nefropatią IgA,

- 5.08.08.0000300 Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 1 rok terapii – pegcetakoplan,

- 5.08.08.0000301 Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok terapii – pegcetakoplan,

c) usunięciu świadczeń o kodach:

- 5.08.08.0000152 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 1 rok terapii (sorafenib),

- 5.08.08.0000153 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 2 i kolejny rok terapii (sorafenib),

- 5.08.08.0000237 Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1(NF1) - 1 i 2 rok terapii,



- 5.08.08.0000238 Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1(NF1) - 3 i kolejny rok terapii,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

5) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego *Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych* i polegają na:

a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000006 Bevacizumabum,
- 5.08.09.0000047 Nilotynibum,
- 5.08.09.0000071 Fingolimodum,
- 5.08.09.0000096 Ranibizumabum,
- 5.08.09.0000118 Paclitaxelum albuminatum,
- 5.08.09.0000191 Ivacaftorum,
- 5.08.09.0000219 Apalutamidum,
- 5.08.09.0000224 Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum,
- 5.08.09.0000249 Ponesimodum,
- 5.08.09.0000254 Talazoparibum,
- 5.08.09.0000267 Filgotinibum,

b) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000006 Bevacizumabum,
- 5.08.09.0000011 Cinacalcetum,
- 5.08.09.0000032 Immunoglobulinum humanum,
- 5.08.09.0000189 Risankizumabum,

c) usunięciu substancji czynnych i kodów GTIN:

- 5.08.09.0000057 Sorafenibum,

d) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:

- 5.08.09.0000324 Budesonidum,
- 5.08.09.0000325 Elranatamabum,
- 5.08.09.0000326 Maribavirum,
- 5.08.09.0000327 Rucaparibum,
- 5.08.09.0000328 Talquetamabum,
- 5.08.09.0000329 Tremelimumabum,
- 5.08.09.0000330 Vutrisiranum,

e) usunięciu oznaczenia substancji czynnej o kodzie: 5.08.09.0000018 Etanerceptum, jako substancji, których średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia,

f) dodaniu oznaczenia substancji czynnych o kodach: 5.08.09.0000047 Nilotynibum, 5.08.09.0000071 Fingolimodum oraz 5.08.09.0000118 Paclitaxelum albuminatum, jako substancji, których średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,

g) zmianie kodu substancji czynnej Voretigene neparvovec z 5.08.09.0000320 na 5.08.09.0000331 oraz jednostki z mg na fioł., zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu leku,

h) zmianie kodu substancji czynnej Farycymab z 5.08.09.0000290 na 5.08.09.0000332, w związku z decyzją Ministra Zdrowia o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu leku;

6) załącznika nr 2t do zarządzenia, określającego *Katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych* i polegają na dodaniu produktów rozliczeniowych o kodach:

a) 5.08.07.0000118 vandetanibum – p.o., zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia o objęciu refundacją i ustaleniu urzędowej ceny zbytu leku,

b) 5.08.07.0000119 cinacalcetii hydrochloridum – p.o., w związku z czasowym dopuszczeniem do obrotu, udzielonym przez Ministra Zdrowia w trybie art. 4 ust. 8 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne oraz dyspozycją Ministra Zdrowia,

c) 5.08.07.0000120 cinacalcetii hydrochloridum – p.o., w związku z czasowym dopuszczeniem do obrotu, udzielonym przez Ministra Zdrowia w trybie art. 4 ust. 8 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne oraz dyspozycją Ministra Zdrowia;

7) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego *Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych* i polegają na:

a) zmianie nazwy zakresu analogicznie jak wskazano w pkt 3a uzasadnienia,

b) zmianie wymagań dla programów:

- B.56 Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego w części zapewnienie realizacji badań,

- B.71 Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C w części organizacja udzielania świadczeń,

- B.75 Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń w części organizacja udzielania świadczeń, lekarze oraz zapewnienie realizacji badań,

- B.139 Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków w części zapewnienie realizacji badań,

- B. 148 Leczenie chorych na raka endometrium w części zapewnienie realizacji badań,

- B.155 Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1) w części organizacja udzielania świadczeń, lekarze oraz dodanie części pozostałe,

- B.166 Leczenie pacjentów z achondroplazją w części zapewnienie realizacji badań,

c) dodaniu wymagań dla programów:

- B.168. Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV),

- B.169. Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES),

- B.170. Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej,

- B.171. Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

8) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego *Wykaz programów lekowych* i polegają na:

a) zmianie nazwy programu analogicznie jak wskazano w pkt 3a uzasadnienia,

b) dodaniu substancji czynnych:

- tremelimumab w programie lekowym B.6. Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej,

- rukaparyb w programie lekowym B.50. Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej,

- talquetamab i elranatamab w programie lekowym B.54. Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego,

- talazoparyb w programie lekowym B.56. Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego,

- mepolizumab w programie lekowym B.75. Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń,
  - maribawir w programie lekowym B.168. Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV),
  - mepolizumab w programie lekowym B.169. Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES),
  - wutrisiran w programie lekowym B.170. Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej,
  - budezonid w programie lekowym B.171. Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA,
  - c) usunięciu substancji czynnych:
    - sorafenib w programie lekowym B.119. Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy,
  - d) dodaniu programów lekowych:
    - B.168. Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV),
    - B.169. Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES),
    - B.170. Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej,
    - B.171. Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA,
  - e) rozszerzeniu listy kodów ICD-10 w programie lekowym B.70. Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki oraz w programie B.75. Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń,
    - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;
  - 9) załącznika nr 5 do zarządzenia, określającego *Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych* i polegają na usunięciu progów kosztowych dla substancji czynnej o kodzie 5.08.09.0000018 Etanerceptum dla zakresów świadczeń o kodach: 03.0000.333.02, 03.0000.335.02, 03.0000.336.02, 03.0000.347.02, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;
  - 10) załączników nr 9, 10, i 12 do zarządzenia, określających zakresy działania Zespołów Koordynacyjnych, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;
  - 11) dodania załącznika nr 36a do zarządzenia, określającego *Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej*, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;
  - 12) załączników nr 37 i 38 do zarządzenia, określających powołania Zespołów Koordynacyjnych, polegających na zmianie składu osobowego w związku z wnioskami Przewodniczących Zespołów;
  - 13) załącznika nr 59 do zarządzenia, określającego *Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Pacjentów ze Spektrum Zapalenia Nerwów Wzrokowych i Rdzenia Kręgowego* – zmiany porządkujące;
  - 14) dodania załącznika nr 64a do zarządzenia, określającego *Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Rzadkich Chorób Neurologicznych*, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;
  - 15) załącznika nr 66 do zarządzenia, określającego *Regulamin Zespołu Koordynacyjnego do spraw Chorób Ultrazadkowych*, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;
  - 16) dodania załącznika nr 93 do zarządzenia, określającego *Regulamin Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Rzadkich Chorób Neurologicznych*, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym.
- Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.
- Wobec powyższego przepisy zarządzenia stosuje się do świadczeń udzielanych od 1 kwietnia 2025 r., z wyjątkiem załącznika nr 2t:
- a) w zakresie lp. 10, którą stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 30 stycznia 2025 r.,

b) w zakresie lp. 11 i 12, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 5 marca 2025 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

W okresie od 27 marca 2025 r. do 10 kwietnia 2025 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia zmieniającego zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programy lekowe.

W trakcie konsultacji do ww. projektu zarządzenia odniosły się 22 podmioty, przy czym 6 podmiotów przekazało informację o braku uwag do projektu zarządzenia, a 1 podmiot wniósł uwagi po wyznaczonym terminie.

Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą:

1) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego *Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe* i polegają na dodaniu możliwości rozliczania produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.07.0000001 hospitalizacja związana z wykonaniem programu, w związku z możliwością kontynuacji leczenia pacjentów, którzy osiągnęli pełnoletność w trakcie leczenia w programie lekowym B.155 Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1), w związku z uwagą zgłoszoną przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ;

2) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego *Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych* i polegają na zmianie wymagań dla programów:

a) B.75 Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń w części:

- organizacja udzielania świadczeń (dodanie kodów komórek organizacyjnych: 1610 – poradnia otorynolaryngologiczna, 1611 - poradnia otolaryngologiczna dla dzieci, 4670 H.C.1.2., 26 - oddział leczenia jednego dnia o profilu otorynolaryngologicznym),

- lekarze (dodanie lekarzy specjalistów w dziedzinie alergologii, alergologii dziecięcej, otorynolaryngologii i otorynolaryngologii dziecięcej),

w związku z uwagami zgłoszonymi przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie reumatologii oraz firmę GSK Services Sp. z o. o.;

b) B.166 Leczenie pacjentów z achondroplazją w części zapewnienie realizacji badań (dodanie badania TK lub TK z kontrastem), w związku z uwagą zgłoszoną przez Lubelski OW NFZ;

c) B.168 Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV) w części w części:

- organizacja udzielania świadczeń - poprzez dodanie kodów komórek organizacyjnych:

<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
1056	poradnia hepatologiczna
1100	poradnia kardiologiczna
1130	poradnia nefrologiczna
1500	poradnia chirurgii ogólnej
1520	poradnia chirurgii klatki piersiowej
1560	poradnia kardiochirurgiczna
1652	poradnia transplantacji nerek
1654	poradnia transplantacji wątroby
1656	poradnia transplantacji serca
4130	oddział nefrologiczny
4272	oddział pulmonologii

4500	oddział chirurgiczny ogólny
4520	oddział chirurgii klatki piersiowej
4560	oddział kardiochirurgiczny
4652	oddział transplantologii nerek
4654	oddział transplantologii wątroby
4656	oddział transplantologii serca

w związku z uwagami zgłoszonymi przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie nefrologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu oraz firmę Takeda Pharma Spółka z o.o.,

- organizacja udzielania świadczeń - poprzez dodanie możliwości realizacji programu lekowego samodzielnie przez poradnię specjalistyczną, w związku z uwagami zgłoszonymi przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie nefrologii oraz firmę Takeda Pharma Spółka z o.o.,

- lekarze - poprzez dodanie możliwości realizacji programu przez lekarzy specjalistów w dziedzinie: nefrologii, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii klatki piersiowej, kardiochirurgii, gastroenterologii oraz chorób płuc, co stanowi konsekwencję rozszerzenia dopuszczalnych miejsc realizacji świadczeń o ww. komórki organizacyjne,

- zapewnienie realizacji badań – poprzez zastąpienie badania „oznaczenie CMV IgG i IgM” badaniem „ilościowe badanie CMV DNA”, w związku z uwagą zgłoszoną przez firmę Takeda Pharma Spółka z o.o.;

d) B.169 Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES) w części:

- organizacja udzielania świadczeń - poprzez dodanie kodów komórek organizacyjnych:

<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
1070	poradnia hematologiczna
1080	poradnia immunologiczna
1280	poradnia reumatologiczna
4070	oddział hematologiczny
4080	oddział immunologii klinicznej
4280	oddział reumatologiczny
4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu reumatologii
HC. 1.1. lub HC.1.2.	
67	
4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
HC.1.2.	
50	
4670	oddział jednego dnia o profilu immunologii klinicznej
HC.1.2.	
52	
4670	oddział jednego dnia o profilu reumatologii
HC.1.2.	
67	

w związku z uwagami zgłoszonymi przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Konsultanta Krajowego w dziedzinie reumatologii oraz firmę GSK Services Sp. z o.o.,

- lekarze - poprzez dodanie możliwości realizacji programu przez lekarzy specjalistów w dziedzinie: hematologii, reumatologii, immunologii klinicznej, w związku z uwagami zgłoszonymi przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Konsultanta Krajowego w dziedzinie reumatologii, Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ, Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ oraz firmę GSK Services Sp. z o.o.,

- zapewnienie realizacji badań - poprzez dodanie: USG, echokardiografia serca, biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku kostnego, w związku z uwagami zgłoszonymi przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.