

**ZARZĄDZENIE NR 11/2026/DGL
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 28 stycznia 2026 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 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26) 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 2025 r. poz. 907 i 1192) 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.¹⁾), 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 9-36c** 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 9-36c** do zarządzenia.”;

3) § 19 otrzymuje brzmienie:

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

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

4) § 20 otrzymuje brzmienie:

„§ 20. Zespoły koordynacyjne działają na podstawie regulaminów stanowiących **załączniki nr 65-95** do zarządzenia.”;

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

6) załącznik nr 1l do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;

7) załącznik nr 1m do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;

8) załącznik nr 2t do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;

9) załącznik nr 3 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia;

¹⁾ Zmienionym zarządzeniem nr 12/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lutego 2025 r., zarządzeniem nr 20/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 marca 2025 r., zarządzeniem nr 29/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2025 r., zarządzeniem nr 72/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2025 r., zarządzeniem nr 73/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 sierpnia 2025 r., zarządzeniem nr 87/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 października 2025 r., zarządzeniem nr 93/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2025 r. oraz zarządzeniem nr 107/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2025 r.

- 10) załącznik nr 4 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego zarządzenia;
- 11) załącznik nr 5 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do niniejszego zarządzenia;
- 12) załącznik nr 9 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 8 do niniejszego zarządzenia;
- 13) załącznik nr 10 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 9 do niniejszego zarządzenia;
- 14) załącznik nr 12 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 10 do niniejszego zarządzenia;
- 15) załącznik nr 17 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 11 do niniejszego zarządzenia;
- 16) załącznik nr 36b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 12 do niniejszego zarządzenia;
- 17) załącznik nr 64b do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 13 do niniejszego zarządzenia;
- 18) załącznik nr 64c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 14 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 stycznia 2026 r., z wyjątkiem:

- 1) załącznika nr 2t, o którym mowa w § 1 pkt 8, w zakresie lp. 9, którą stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 21 października 2025 r.,
- 2) załącznika nr 5, o którym mowa w § 1 pkt 11, w zakresie lp. 4 – 9 oraz 16, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lutego 2026 r.

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

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Marek Augustyn
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	5.08.07.0000002	5.08.07.0000004	5.08.07.0000001	5.08.07.0000002	5.08.07.0000023	5.08.07.0000009	5.08.07.0000007	5.08.07.0000009	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 m 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 elektromiografii 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	540,8	486,72	900	678,72	108,16	378,56	324,48	338	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 lub raka dróg żółciowych	x		x			x							
4	03.0000.306.02	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	x		x			x							
5	03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi	x		x			x							
6	03.0000.310.02	Leczenie pacjentów z rakiem nerki	x		x			x							
7	03.0000.312.02	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe	x		x			x			x				
8	03.0000.314.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową	x		x			x							
9	03.0000.315.02	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B		x	x			x			x	x			
10	03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	x	x	x			x							

11	03.0000.318.0 2	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego		x	x			x							
12	03.0000.319.0 2	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki	x	x	x			x			x				
13	03.0000.320.0	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	x	x	x			x			x				
14	03.0000.321.0 2	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	x	x	x			x			x				
15	03.0000.322.0 2	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	x	x	x			x			x				
16	03.0000.323.0 2	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	x	x	x			x			x				
17	03.0000.324.0 2	Leczenie choroby Hurler	x	x	x			x			x				
18	03.0000.325.0 2	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	x	x	x			x			x				
19	03.0000.327.0 2	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	x	x	x			x							
20	03.0000.328.0 2	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	x	x	x			x							
21	03.0000.329.0 2	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	x	x	x			x		x					
22	03.0000.330.0 2	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A		x	x			x					x		
23	03.0000.331.0 2	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)	x	x	x			x							
24	03.0000.332.0 2	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	x	x	x			x							
25	03.0000.333.0 2	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów		x	x			x		x	x				
26	03.0000.335.0 2	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)			x			x		x	x				
27	03.0000.336.0 2	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)			x			x		x	x				
28	03.0000.337.0 2	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek	x	x	x			x							
29	03.0000.338.0 2	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą	x	x	x			x			x				

		niewydolnością nerek (PNN)													
30	03.0000.339.0 2	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami	x	x	x			x							
31	03.0000.340.0 2	Profilaktyka zakażeń wirusem RS		x	x			x							
32	03.0000.341.0 2	Leczenie zespołu Prader - Willi	x	x	x			x			x				
33	03.0000.342.0 2	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)	x	x	x			x			x				
34	03.0000.344.0 2	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy	x	x	x			x							
35	03.0000.347.0 2	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	x	x	x			x		x	x				
36	03.0000.350.0 2	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej	x		x			x							
37	03.0000.352.0 2	Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi	x		x			x							
38	03.0000.354.0 2	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego	x		x			x							
39	03.0000.355.0 2	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	x	x	x			x							
40	03.0000.356.0 2	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego	x		x			x							
41	03.0000.357.0 2	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	x		x			x					x		
42	03.0000.358.0 2	Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka	x		x			x							
43	03.0000.359.0 2	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych	x	x	x			x							
44	03.0000.361.0 2	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną	x	x	x			x			x				
45	03.0000.362.0 2	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych			x			x							
46	03.0000.364.0 2	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)	x	x	x			x			x				
47	03.0000.365.0 2	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną	x	x	x			x			x				
48	03.0000.366.0 2	Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe	x	x	x			x							
49	03.0000.367.0 2	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	x	x	x			x							
50	03.0000.370.0 2	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki						x	x		x				
51	03.0000.371.0 2	Leczenie terapią bezinterferonową chorych	x	x	x			x							

		na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C													
52	03.0000.373.0 2	Leczenie pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza	x	x	x			x							
53	03.0000.374.0 2	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	x		x			x							
54	03.0000.375.0 2	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń	x	x	x			x			x				
55	03.0000.376.0 2	Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)	x	x	x			x			x				
56	03.0000.377.0 2	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina	x	x	x			x							
57	03.0000.379.0 2	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową	x		x			x							
58	03.0000.381.0 2	Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)	x		x			x							
59	03.0000.382.0 2	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK			x			x		x	x				
60	03.0000.385.0 2	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki	x		x			x							
61	03.0000.386.0 2	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	x	x	x			x			x				
62	03.0000.387.0 2	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc	x		x			x							
63	03.0000.388.0 2	Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry	x		x			x			x				
64	03.0000.390.0 2	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	x		x			x			x				
65	03.0000.395.0 2	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)	x	x	x			x			x				
66	03.0000.396.0 2	Leczenie chorych z nocną napadawą hemoglobinurią (PNH)	x	x	x			x			x				
67	03.0000.397.0 2	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	x		x			x							
68	03.0000.398.0 2	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną		x	x			x							
69	03.0000.399.0	Leczenie akromegalii			x			x							
70	03.0000.401.0 2	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi			x			x							
71	03.0000.402.0 2	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	x	x	x	x	x	x			x				
72	03.0000.404.0 2	Leczenie choroby Fabry'ego	x	x	x			x			x				

73	03.0000.405.0	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)						x	x		x				
74	03.0000.406.0 2	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							
75	03.0000.407.0 2	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną			x			x							
76	03.0000.408.0 2	Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy	x	x	x			x							
77	03.0000.409.0 2	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	x	x	x			x			x				
78	03.0000.410.0 2	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym		x	x			x			x				
79	03.0000.411.0 2	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania	x	x	x			x			x				
80	03.0000.412.0 2	Leczenie chorych na mukowiscydozę	x	x	x			x							
81	03.0000.413.0 2	Leczenie pacjentów z chorobami nerek						x							
82	03.0000.414.0 2	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową	x	x	x			x							
83	03.0000.415.0 2	Leczenie chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej	x		x			x							
84	03.0000.417.0 2	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem	x		x			x							
85	03.0000.418.0 2	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga			x			x							
86	03.0000.419.0 2	Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy	x		x			x							
87	03.0000.421.0 2	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona			x			x			x				
88	03.0000.422.0 2	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczyńioruchowego o ciężkim przebiegu	x	x	x			x			x				
89	03.0000.423.0 2	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona						x			x				
90	03.0000.424.0 2	Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry			x			x							
91	03.0000.425.0 2	Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry	x		x			x			x				

92	03.0000.426.0 2	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwrodnienia wielotorbielowatego nerek						x							
93	03.0000.427.0 2	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną	x		x			x							
94	03.0000.428.0 2	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat	x	x	x			x			x				
95	03.0000.429.0 2	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1	x	x	x			x			x				
96	03.0000.431.0 2	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana	x		x			x							
97	03.0000.432.0 2	Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogeniczných krwiotwórczych komórek macierzystych	x	x	x			x							
98	03.0000.433.0 2	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą			x			x						x	
99	03.0000.435.0 2	Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc			x			x		x	x				
10 0	03.0000.436.0 2	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)	x	x				x							
10 1	03.0000.437.0 2	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki	x					x			x				
10 2	03.0000.438.0 2	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	x	x	x			x			x				
10 3	03.0000.439.0 2	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków	x		x			x							x
10 4	03.0000.440.0 2	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego	x	x	x			x			x				
10 5	03.0000.441.0 2	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym	x		x			x							
10 6	03.0000.442.0 2	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji	x		x			x							
10 7	03.0000.443.0 2	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową,	x	x	x			x			x				

		metylomalonową i izowalerianową													
108	03.0000.444.02	Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)	x	x	x			x			x				
109	03.0000.445.02	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)	x		x			x							
110	03.0000.446.02	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma	x		x			x							
111	03.0000.447.02	Leczenie chorych na depresję lekooporną						x							
112	03.0000.448.02	Leczenie chorych na raka endometrium	x		x			x							
113	03.0000.449.02	Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi	x	x	x			x							
114	03.0000.450.02	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE)	x	x	x			x		x	x				
115	03.0000.451.02	Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)		x	x			x			x				
116	03.0000.452.02	Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)						x							
117	03.0000.453.02	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego			x			x							
118	03.0000.454.02	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet			x			x			x				
119	03.0000.455.02	Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)	x	x	x			x			x				
120	03.0000.456.02	Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa			x			x							
121	03.0000.457.02	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii	x		x			x							
122	03.0000.458.02	Leczenie chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B	x	x	x			x			x				
123	03.0000.459.02	Leczenie chorych na raka szyjki macicy	x		x			x							
124	03.0000.460.02	Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej	x		x			x							
125	03.0000.461.02	Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)			x			x							
126	03.0000.462.02	Leczenie pacjentów z kardiomiopatią	x		x			x			x				

12 7	03.0000.463.0 2	Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka	x		x			x			x				
12 8	03.0000.464.0 2	Leczenie pacjentów z zakrzepową płamicą małopłytkową	x	x	x			x							
12 9	03.0000.465.0 2	Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)	x	x	x			x			x				
13 0	03.0000.466.0 2	Leczenie pacjentów z achondroplazją	x	x	x			x			x				
13 1	03.0000.467.0 2	Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65	x	x	x			x			x				
13 2	03.0000.468.0 2	Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV)	x		x			x							
13 3	03.0000.469.0 2	Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)	x		x			x			x				
13 4	03.0000.470.0 2	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtretynowej	x		x			x			x				
13 5	03.0000.471.0 2	Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA	x		x			x							
13 6	03.0000.472.0 2	Leczenie chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST)	x		x			x							
13 7	03.0000.473.0 2	Leczenie chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego			x			x							
13 8	03.0000.474.0 2	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha			x			x			x				
13 9	03.0000.475.0 2	Leczenie chorych z zespołem Alagille’a			x			x							
14 0	03.0000.476.0 2	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne	x		x			x							
14 1	03.0000.477.0 2	Leczenie dzieci i młodzieży chorych na glejaka			x			x							
14 2	03.0000.478.0 2	Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego			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; - 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;	- 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 kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucel m albo aksykabtagenem cyloleucelu albo breksukabtagene m autoleucelu przez zespół koordynacyjny;	- można łączyć ze świadczeniami z <i>Katalogu leków refundowanych w programach lekowych</i> w zakresie koncentratów czynników krzepnięcia/ leku; - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e;	- nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e; - produkt możliwy do rozliczenia jedynie w przypadku zastosowania i wykazania do rozliczenia procedury zgodnie ze słownikiem ICD9: 89.394, 89.395 i/lub 88.793;	- nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e;	- nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e;
-------	--	--	--	--	--	---	---	---	--	---	---	---	---

Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 11/2026/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 28 stycznia 2026 r.

Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Ryczałt roczny (punkty)
1	2	3	4	5
1	03.0000.301.02	5.08.08.0000001	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B lamiwudyną	2 595,84
2	03.0000.301.02	5.08.08.0000002	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B interferonem alfa pegylowanym	3 731,52
3	03.0000.301.02	5.08.08.0000004	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B entekawirem lub tenofowirem	2 433,60
4	03.0000.304.02	5.08.08.0000114	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jelita grubego	3 579,50
5	03.0000.305.02	5.08.08.0000009	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem, kabozantynib)	3 706,00
6	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
7	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
8	03.0000.306.02	5.08.08.0000011	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	3 927,00
9	03.0000.309.02	5.08.08.0000014	Diagnostyka w programie leczenia przerzutowego HER2+ raka piersi	3 273,00
10	03.0000.309.02	5.08.08.0000015	Diagnostyka w programie leczenia neoadjuwantowego lub adjuwantowego HER2+ raka piersi	3 210,60

11	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 lub kapiwasertybu w przypadku przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi	3 218,00
12	03.0000.309.02	5.08.08.0000184	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem sacytuzumabu gowitekanu	4 845,00
13	03.0000.309.02	5.08.08.0000229	Diagnostyka w leczeniu uzupełniającym wczesnego raka piersi olaparybem	1 541,00
14	03.0000.309.02	5.08.08.0000230	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem trastuzumabu derukstekanu	4 181,00
15	03.0000.309.02	5.08.08.0000286	Diagnostyka w programie leczenia chorych na wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi abemacyklibem lub rybocyklibem - 1 rok terapii	1 271,40
16	03.0000.309.02	5.08.08.0000287	Diagnostyka w programie leczenia chorych na wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi abemacyklibem lub rybocyklibem - 2 rok terapii	583,00
17	03.0000.310.02	5.08.08.0000016	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem nerki	3 199,00
18	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
19	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
20	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
21	03.0000.312.02	5.08.08.0000174	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem albo breksukabtagenem autoleucelu – monitorowanie terapii	4 780,00
22	03.0000.314.02	5.08.08.0000020	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę szpikową	4 766,95
23	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
24	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

25	03.0000.317.02	5.08.08.0000024	Diagnostyka w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	2 633,70
26	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
27	03.0000.319.02	5.08.08.0000026	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki – 1 rok terapii	1 654,00
28	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
29	03.0000.320.02	5.08.08.0000027	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	1 081,60
30	03.0000.321.02	5.08.08.0000028	Diagnostyka w programie leczenia ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	3 352,96
31	03.0000.322.02	5.08.08.0000029	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Pompego	1 973,92
32	03.0000.323.02	5.08.08.0000302	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III – 1 rok terapii	2 747,12
33	03.0000.323.02	5.08.08.0000303	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III – 2 i kolejny rok terapii	1 089,88
34	03.0000.324.02	5.08.08.0000031	Diagnostyka w programie leczenia choroby Hurlera	1 297,92
35	03.0000.325.02	5.08.08.0000032	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z mukopolisacharydozą typu II	2 487,68
36	03.0000.327.02	5.08.08.0000333	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (toframycyna) - 1 rok terapii	636,00
37	03.0000.327.02	5.08.08.0000334	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (toframycyna) - 2 i kolejny rok terapii	233,00
38	03.0000.327.02	5.08.08.0000335	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (lewofloksacyna) - 1 rok terapii	312,00
39	03.0000.327.02	5.08.08.0000336	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (lewofloksacyna) - 2 i kolejny rok terapii	156,00
40	03.0000.328.02	5.08.08.0000035	Diagnostyka w programie leczenia dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	324,48
41	03.0000.329.02	5.08.08.0000036	Diagnostyka w programie leczenia chorych na stwardnienie rozsiane	1 671,00

42	03.0000.331.02	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	5 840,64
43	03.0000.332.02	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	2 920,32
44	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
45	03.0000.335.02	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	778,75
46	03.0000.336.02	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	778,75
47	03.0000.337.02	5.08.08.0000046	Diagnostyka w programie leczenia niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek	324,48
48	03.0000.338.02	5.08.08.0000047	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolność nerek (PNN) hormonem wzrostu	1 784,64
49	03.0000.341.02	5.08.08.0000048	Diagnostyka w programie leczenia zespołu Prader – Willi	1 135,68
50	03.0000.342.02	5.08.08.0000049	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z zespołem Turnera	663,05
51	03.0000.344.02	5.08.08.0000051	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią astmy	984,80
52	03.0000.347.02	5.08.08.0000054	Diagnostyka w programie leczenia chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	778,75
53	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
54	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
55	03.0000.350.02	5.08.08.0000337	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – mirwetuksymab sorawtanzyna – 1 rok terapii	4 901,00
56	03.0000.350.02	5.08.08.0000338	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – mirwetuksymab sorawtanzyna – 2 i kolejne lata terapii	3 736,00
57	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
58	03.0000.354.02	5.08.08.0000061	Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytowego – 1 rok terapii	2 790,00

59	03.0000.354.02	5.08.08.0000195	Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego – 2 i kolejny rok terapii	768,00
60	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
61	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
62	03.0000.356.02	5.08.08.0000063	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka gruczołu krokowego	2 758,08
63	03.0000.358.02	5.08.08.0000185	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego gruczolaka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego ramucyrumabem lub triflurydyną z typiracylem	3 878,00
64	03.0000.358.02	5.08.08.0000186	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego pembrolizumabem	4 140,00
65	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
66	03.0000.358.02	5.08.08.0000317	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego gruczolaka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego - trastuzumab derukstekan - 1 rok terapii	4 179,60
67	03.0000.358.02	5.08.08.0000318	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego gruczolaka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego - trastuzumab derukstekan - 2 i kolejny rok terapii	3 304,60
68	03.0000.358.02	5.08.08.0000339	Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 1 rok terapii	3 183,00
69	03.0000.358.02	5.08.08.0000340	Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 2 i kolejny rok terapii	2 300,00
70	03.0000.358.02	5.08.08.0000341	Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w monoterapii – 1 rok terapii	3 595,00
71	03.0000.358.02	5.08.08.0000342	Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w monoterapii – 2 i kolejny rok terapii	2 918,00
72	03.0000.358.02	5.08.08.0000343	Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 1 rok terapii	3 775,00

73	03.0000.358.02	5.08.08.0000344	Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przelykowego – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 2 i kolejny rok terapii	2 773,60
74	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
75	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
76	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
77	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
78	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
79	03.0000.359.02	5.08.08.0000319	Diagnostyka w programie leczenia czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem w leczeniu przedoperacyjnym - 1 rok terapii	3 710,80
80	03.0000.361.02	5.08.08.0000069	Diagnostyka w programie leczenia chorych na cystynozę nefropatyczną	4 056,00
81	03.0000.362.02	5.08.08.0000070	Diagnostyka w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych	2 633,70
82	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
83	03.0000.365.02	5.08.08.0000073	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (ponatynib, blinatumomab, inotuzumab ozogamycyny)	9 196,80

84	03.0000.365.02	5.08.08.0000161	Diagnostyka w programie lekowym leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną – monitorowanie terapii tisagenlecleucel lub breksukabtagenem autoleucelu	4 780,00
85	03.0000.366.02	5.08.08.0000074	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe	1 674,80
86	03.0000.366.02	5.08.08.0000196	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL)	4 121,25
87	03.0000.367.02	5.08.08.0000075	Diagnostyka w programie leczenia immunoglobulinami chorób neurologicznych	1 406,08
88	03.0000.370.02	5.08.08.0000154	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - AMD – kwalifikacja ¹	409,00
89	03.0000.370.02	5.08.08.0000155	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - AMD – monitorowanie ¹	205,00
90	03.0000.370.02	5.08.08.0000156	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - DME – kwalifikacja ¹	409,00
91	03.0000.370.02	5.08.08.0000157	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - DME – monitorowanie ¹	249,00
92	03.0000.370.02	5.08.08.0000289	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - RVO – kwalifikacja ¹	409,00
93	03.0000.370.02	5.08.08.0000290	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - RVO – monitorowanie ¹	249,00
94	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
95	03.0000.373.02	5.08.08.0000282	Diagnostyka leczenia pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (toksyna botulinowa) - 1 rok terapii	768,00
96	03.0000.373.02	5.08.08.0000283	Diagnostyka leczenia pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (toksyna botulinowa) - 2 i kolejny rok terapii	452,00
97	03.0000.373.02	5.08.08.0000284	Diagnostyka leczenia pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (chlorowodorek oksybutyniny) - 1 rok terapii	452,00

98	03.0000.373.02	5.08.08.0000285	Diagnostyka leczenia pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (chlorowodorek oksybutyniny) - 2 i kolejny rok terapii	226,00
99	03.0000.374.02	5.08.08.0000082	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	5 137,60
100	03.0000.375.02	5.08.08.0000273	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (rytuksymab)	786,60
101	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
102	03.0000.375.02	5.08.08.0000275	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (tocilizumab)	383,60
103	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
104	03.0000.375.02	5.08.08.0000291	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (mepolizumab i benralizumab)	801,00
105	03.0000.375.02	5.08.08.0000292	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (mepolizumab i benralizumab)	774,40
106	03.0000.375.02	5.08.08.0000304	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - awakopan w skojarzeniu z rytuksymabem	846,30
107	03.0000.375.02	5.08.08.0000305	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - awakopan w skojarzeniu z cyklofosfamidem	708,60
108	03.0000.376.02	5.08.08.0000084	Diagnostyka w programie leczenia tyrozyneimii typu 1 (HT-1)	4 542,72
109	03.0000.377.02	5.08.08.0000085	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina brentuksymabem	4 478,85
110	03.0000.377.02	5.08.08.0000110	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 1 rok terapii	3 705,85
111	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
112	03.0000.379.02	5.08.08.0000127	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 1 rok terapii	4 016,40

113	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
114	03.0000.381.02	5.08.08.0000121	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) – 1 rok terapii	870,50
115	03.0000.381.02	5.08.08.0000122	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) – 2 i kolejny rok terapii	266,00
116	03.0000.381.02	5.08.08.0000320	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) momelotynibem w leczeniu chorych PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF - 1 rok terapii	699,00
117	03.0000.381.02	5.08.08.0000321	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) momelotynibem w leczeniu chorych PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF - 2 rok terapii	266,00
118	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
119	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
120	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
121	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
122	03.0000.385.02	5.08.08.0000187	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów gruczolakorakiem trzustki olaparybem	2 650,20
123	03.0000.386.02	5.08.08.0000095	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	1 375,80

124	03.0000.387.02	5.08.08.0000096	Diagnostyka w programie leczenia idiopatycznego włóknienia płuc	1 676,48
125	03.0000.388.02	5.08.08.0000097	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry	2 354,64
126	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
127	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
128	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
129	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
130	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
131	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
132	03.0000.396.02	5.08.08.0000106	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – ekulizumab, danikopan z ekulizumabem	4 083,00
133	03.0000.396.02	5.08.08.0000214	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 1 rok terapii - rawulizumab, krowalimab, iptakopan	4 083,00
134	03.0000.396.02	5.08.08.0000215	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok terapii - rawulizumab, krowalimab	1 661,00
135	03.0000.396.02	5.08.08.0000300	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 1 rok terapii - pegcetakoplan	3 008,50
136	03.0000.396.02	5.08.08.0000301	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok terapii - pegcetakoplan	1 661,00
137	03.0000.396.02	5.08.08.0000322	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 1 rok terapii - danikopan z rawulizumabem	2 357,00
138	03.0000.396.02	5.08.08.0000323	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok terapii - danikopan z rawulizumabem	1 731,00

139	03.0000.396.02	5.08.08.0000345	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok terapii - iptakopan	2 564,00
140	03.0000.397.02	5.08.08.0000107	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 718,00
141	03.0000.398.02	5.08.08.0000108	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 395,00
142	03.0000.399.02	5.08.08.0000109	Diagnostyka w programie leczenia akromegalii	2 388,00
143	03.0000.401.02	5.08.08.0000124	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi alirokumabem, ewolokumabem lub inklisiranem	100,00
144	03.0000.401.02	5.08.08.0000216	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zaburzeniami lipidowymi lomitapidem – 1 rok terapii	1 043,00
145	03.0000.401.02	5.08.08.0000217	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zaburzeniami lipidowymi lomitapidem – 2 i kolejny rok terapii	358,00
146	03.0000.401.02	5.08.08.0000246	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi ewolokumabem – 1 rok terapii	225,00
147	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
148	03.0000.402.02	5.08.08.0000125	Diagnostyka w programie leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 1 rok terapii	1 200,00
149	03.0000.402.02	5.08.08.0000126	Diagnostyka w programie leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 2 i kolejny rok terapii	600,00
150	03.0000.404.02	5.08.08.0000129	Diagnostyka w programie leczenia choroby Fabry’ego	2 493,00
151	03.0000.405.02	5.08.08.0000130	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) adalimumabem	2 574,00
152	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
153	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

154	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
155	03.0000.407.02	5.08.08.0000135	Diagnostyka w programie leczenia chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną	375,00
156	03.0000.408.02	5.08.08.0000136	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy wandetanibem – 1 rok terapii	3 907,00
157	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
158	03.0000.408.02	5.08.08.0000221	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy selperkatynibem – 1 rok terapii	2 620,50
159	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
160	03.0000.409.02	5.08.08.0000138	Diagnostyka w programie leczenia uzupełniającego L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	492,00
161	03.0000.410.02	5.08.08.0000140	Diagnostyka w programie leczenia dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym	9 781,00
162	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
163	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
164	03.0000.412.02	5.08.08.0000143	Diagnostyka w programie leczenia chorych na mukowiscydozę - 1 rok terapii	918,00
165	03.0000.412.02	5.08.08.0000248	Diagnostyka w programie leczenia chorych na mukowiscydozę - 2 i kolejny rok terapii	252,00
166	03.0000.413.02	5.08.08.0000306	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami nerek - 1 rok terapii	525,00
167	03.0000.413.02	5.08.08.0000307	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami nerek - 2 i kolejny rok terapii	375,00

168	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
169	03.0000.414.02	5.08.08.0000205	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (azacytydyna) – 1 rok terapii	897,00
170	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
171	03.0000.415.02	5.08.08.0000146	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej – 1 rok terapii	3 331,51
172	03.0000.415.02	5.08.08.0000147	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej – 2 i kolejny rok terapii	1 410,00
173	03.0000.417.02	5.08.08.0000149	Diagnostyka w programie leczenia raka z komórek Merkla awelumabem	2 049,05
174	03.0000.418.02	5.08.08.0000150	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Cushinga – 1 rok terapii	2 981,00
175	03.0000.418.02	5.08.08.0000151	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Cushinga – 2 i kolejny rok terapii	1 595,50
176	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
177	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
178	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
179	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
180	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
181	03.0000.423.02	5.08.08.0000159	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 1 rok terapii	1 572,50
182	03.0000.423.02	5.08.08.0000160	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 2 i kolejny rok terapii	568,50
183	03.0000.424.02	5.08.08.0000164	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atopowym zapaleniem skóry	358,00

184	03.0000.425.02	5.08.08.0000165	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry	1 622,00
185	03.0000.426.02	5.08.08.0000166	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwrodnienia wielotorbielowatego nerek	974,60
186	03.0000.427.02	5.08.08.0000167	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 1 rok terapii	7 548,53
187	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
188	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
189	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
190	03.0000.429.02	5.08.08.0000171	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 - 1 rok terapii	1 730,02
191	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
192	03.0000.431.02	5.08.08.0000176	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana – 1 rok terapii	3 462,00
193	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
194	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
195	03.0000.435.02	5.08.08.0000181	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc nintedanibem – 1 rok terapii	1 458,00
196	03.0000.435.02	5.08.08.0000182	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc nintedanibem – 2 i kolejny rok terapii	831,00
197	03.0000.435.02	5.08.08.0000324	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc rytuksymabem – 1 rok terapii	1 543,00

198	03.0000.435.02	5.08.08.0000325	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc rytuksymabem – 2 i kolejny rok terapii	914,00
199	03.0000.435.02	5.08.08.0000326	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc tocilizumabem – 1 rok terapii	1 618,00
200	03.0000.435.02	5.08.08.0000327	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc tocilizumabem – 2 i kolejny rok terapii	914,00
201	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	26 737,96
202	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
203	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
204	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
205	03.0000.440.02	5.08.08.0000191	Diagnostyka w programie leczenia wspomagającego zaburzeń cyku moczniowego – 1 rok terapii	1 502,02
206	03.0000.440.02	5.08.08.0000192	Diagnostyka w programie leczenia wspomagającego zaburzeń cyklu moczniowego – 2 i kolejny rok terapii	354,00
207	03.0000.441.02	5.08.08.0000193	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 1 rok terapii	2 045,95
208	03.0000.441.02	5.08.08.0000194	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 2 i kolejny rok terapii	1 434,80
209	03.0000.441.02	5.08.08.0000308	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym (erdafitynib) – 1 rok terapii	3 786,40
210	03.0000.441.02	5.08.08.0000309	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym (erdafitynib) – 2 i kolejny rok terapii	2 834,40
211	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

212	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
213	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
214	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
215	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
216	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
217	03.0000.445.02	5.08.08.0000208	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) – 2 rok terapii	999,00
218	03.0000.446.02	5.08.08.0000209	Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma - 1 rok terapii	3 034,30
219	03.0000.446.02	5.08.08.0000210	Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma – 2 i kolejny rok terapii	1 807,20
220	03.0000.447.02	5.08.08.0000211	Diagnostyka w programie leczenia chorych na depresję lekooporną	177,00
221	03.0000.448.02	5.08.08.0000225	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka endometrium – 1 rok terapii	3 302,80
222	03.0000.448.02	5.08.08.0000226	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka endometrium – 2 i kolejny rok terapii	1 622,40
223	03.0000.449.02	5.08.08.0000224	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi	1 087,00
224	03.0000.450.02	5.08.08.0000227	Diagnostyka w programie leczenia chorych z toczeniem rumieniowatym układowym – 1 rok terapii	1 426,00
225	03.0000.450.02	5.08.08.0000228	Diagnostyka w programie leczenia chorych z toczeniem rumieniowatym układowym – 2 i kolejny rok terapii	566,00
226	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
227	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

228	03.0000.452.02	5.08.08.0000239	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC) – 1 rok terapii	705,60
229	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
230	03.0000.453.02	5.08.08.0000235	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego	375,00
231	03.0000.454.02	5.08.08.0000236	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet	375,00
232	03.0000.455.02	5.08.08.0000293	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1) - 1 rok terapii	1 434,00
233	03.0000.455.02	5.08.08.0000294	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1) - 2 i kolejny rok terapii	1 284,00
234	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
235	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
236	03.0000.457.02	5.08.08.0000249	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (rytuksymab) – 1 rok terapii	2 025,00
237	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
238	03.0000.457.02	5.08.08.0000251	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (efgartigimod alfa) – 1 rok terapii	975,00
239	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
240	03.0000.457.02	5.08.08.0000279	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (rawulizumab) – 1 rok terapii	600,00
241	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
242	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

243	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
244	03.0000.459.02	5.08.08.0000255	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka szyjki macicy – pembrolizumab i cemiplimab - 1 rok terapii	3 928,00
245	03.0000.459.02	5.08.08.0000256	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka szyjki macicy – pembrolizumab i cemiplimab - 2 i kolejny rok terapii	3 199,00
246	03.0000.459.02	5.08.08.0000328	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowo zdiagnozowanego, miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy - pembrolizumab - 1 rok terapii	3 534,00
247	03.0000.459.02	5.08.08.0000329	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowo zdiagnozowanego, miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy - pembrolizumab - 2 rok terapii	2 599,00
248	03.0000.460.02	5.08.08.0000259	Diagnostyka w programie leczenia pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej (romosozumab)	408,00
249	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
250	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
251	03.0000.462.02	5.08.08.0000262	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis) – 1 rok terapii	1 664,00
252	03.0000.462.02	5.08.08.0000263	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis) – 2 i kolejny rok terapii	1 119,05
253	03.0000.462.02	5.08.08.0000264	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (mawakamten) – 1 rok terapii	2 435,20
254	03.0000.462.02	5.08.08.0000265	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (mawakamten) – 2 i kolejny rok terapii	900,40
255	03.0000.463.02	5.08.08.0000266	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka błony naczyniowej oka – 1 rok terapii	8 877,20
256	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
257	03.0000.464.02	5.08.08.0000268	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zakrzepową płamicą małopłytkową (kaplacyzumab)	3 300,80

258	03.0000.464.02	5.08.08.0000346	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrodzoną zakrzepową plamicą małopłytkową- 1 rok terapii (rADAMTS13)	3 063,00
259	03.0000.464.02	5.08.08.0000347	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrodzoną zakrzepową plamicą małopłytkową- 2 i kolejny rok terapii (rADAMTS13)	2 614,00
260	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
261	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
262	03.0000.466.02	5.08.08.0000277	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z achondroplazją - 1 rok terapii	1 321,35
263	03.0000.466.02	5.08.08.0000278	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z achondroplazją - 2 i kolejny rok terapii	871,35
264	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
265	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
266	03.0000.469.02	5.08.08.0000296	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zespołem hipereozynofilowym [HES] - 1 rok terapii	1 762,60
267	03.0000.469.02	5.08.08.0000297	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zespołem hipereozynofilowym [HES] - 2 i kolejny rok terapii	797,80
268	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
269	03.0000.471.02	5.08.08.0000299	Diagnostyka leczenia pacjentów z pierwotną nefropatią IgA	1 079,00
270	03.0000.472.02	5.08.08.0000310	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST) - 1 rok terapii	3 556,80
271	03.0000.472.02	5.08.08.0000311	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST) - 2 i kolejny rok terapii	2 616,60
272	03.0000.473.02	5.08.08.0000312	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego - 1 rok terapii	768,00
273	03.0000.473.02	5.08.08.0000313	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego - 2 i kolejny rok terapii	388,00

274	03.0000.474.02	5.08.08.0000314	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ataksję Friedreicha - 1 rok terapii	964,00
275	03.0000.474.02	5.08.08.0000315	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ataksję Friedreicha - 2 i kolejny rok terapii	579,00
276	03.0000.475.02	5.08.08.0000316	Diagnostyka w programie leczenia chorych z Zespołem Alagille'a	1 732,00
277	03.0000.476.02	5.08.08.0000330	Diagnostyka w programie leczenia chorych na stwardnienie zanikowe boczne - 1 rok terapii	2 311,00
278	03.0000.476.02	5.08.08.0000331	Diagnostyka w programie leczenia chorych na stwardnienie zanikowe boczne - 2 i kolejny rok terapii	1 547,00
279	03.0000.477.02	5.08.08.0000332	Diagnostyka w programie leczenia dzieci i młodzieży chorych na glejaka	2 475,60
280	03.0000.478.02	5.08.08.0000348	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego – 1 rok terapii	1 268,00
281	03.0000.478.02	5.08.08.0000349	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego – 2 i kolejny rok terapii	598,00

¹ Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 24 ust. 5 zarządzenia

Załącznik nr 3 do zarządzenia nr 11/2026/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 28 stycznia 2026 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 ¹	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
							07613421130657	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg
							07613421130640	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg
							07613421130633	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg
							07622436107080	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 80 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
							05996537018050	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg
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 ¹	inj.	1	mg	1	08436596260030	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05397315000067	Abevmy, 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 ¹	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 ¹	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. powł., 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 ¹	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. powł., 0,5 mg
							05909991363826	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 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 ¹	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
							05397315001361	Nepexto, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg, 4 amp.-strzyk.
							05397315001378	Nepexto, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg, 4 wstrzykiwacze
							08809593172420	Benepali, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg, 4 amp.-strzyk. 1 ml
							08809593172413	Benepali, 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, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990799374	Octanine F 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
12	5.08.09.0000021	Factor IX coagulationis humanus recombinat	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
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, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909990825332	Octanate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990825349	Octanate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.

14	5.08.09.0000023	Factor VIII coagulationis humanus recombinate	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

							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.
							07038319157040	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.
							07350031444346	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							07350031444353	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							07350031444261	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							07350031444360	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.
							07350031444377	Altuvoc, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 4000 j.m.
							07350031444322	Altuvoc, 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 ¹	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
20	5.08.09.0000033	Infliximabum ¹	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	inj.	1	mcg	1	05909990728497	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44

		44 mcg						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 ¹	p.o.	1	mg	1	05909990479610	ZEFFIX, tabl. powł., 100 mg
							05909991464127	Lamivudine Aurovitas, tabl. powł., 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	5.08.09.0000048	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
28	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
29	5.08.09.0000054	Rituximabum ¹	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
30	5.08.09.0000055	Sildenafilum ¹	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. powl., 20 mg
31	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
32	5.08.09.0000060	Tenofovirum disoproxilum ¹	p.o.	1	mg	1	05902020926801	Tenofovir disoproxil Viatris, tabl. powl., 245 mg
							05909991379704	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powl., 245 mg
33	5.08.09.0000061	Tobramycinum ¹	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
34	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
35	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.
36	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.

37	5.08.09.0000066	Treprostynilum ¹	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
38	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
39	5.08.09.0000068	Omalizumabum ¹	inj.	1	mg	1	05909990708376	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg
							05909990708406	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
							07613421103514	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 150 mg
							07613421103675	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg
							07613421103873	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 75 mg
							07613421103590	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
							07613421103774	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
							07613421103965	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg
							05996537021098	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg, 1 amp.-strzyk.
							05996537027083	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg, 1 wstrzykiwacz
							05996537021128	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg, 10 amp.-strzyk.
							05996537022071	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg, 1 amp.-strzyk.
							05996537028073	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg, 1 wstrzykiwacz

40	5.08.09.0000070	Certolizumabum pegol	inj.	1	mg	1	05909990734894	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp. - strzyk., 200 mg/ml
41	5.08.09.0000071	Fingolimodum ¹	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
							09008732012316	Chantico, kaps. twarde, 0,5 mg
							03838989774172	Efigalo, kaps. twarde, 0,5 mg
							05997001333303	Fingolimod Richter, kaps. twarde, 0,5 mg
							05909991458850	Fingolimod Solinea, kaps. twarde, 0,5 mg
							05909991469641	Fingolimod Stada, kaps. twarde, 0,5 mg
							05900411007078	Fingolimod Adamed, kaps. twarde, 0,5 mg
42	5.08.09.0000072	Tocilizumabum ¹	inj.	1	mg	1	05901812161949	Fimodigo, kaps. twarde, 0,5 mg
							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
43	5.08.09.0000073	Ustekinumabum ¹	s.c.	1	mg	1	04052682073328	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 4 ml
							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
							05055565796917	Imuldosa, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							05055565796924	Imuldosa, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
							05996537024075	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							05996537023078	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
							04052682080401	Otulfi, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							04052682080425	Otulfi, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
							08809593173496	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							08809593173502	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
44	5.08.09.0000076	Vemurafenibum	p.o.	1	mg	1	05909990935581	Zelboraf, tabl. powł., 240 mg
45	5.08.09.0000080	Natalizumabum ¹	inj.	1	mg	1	05909990084333	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
							07613421131517	Tyruko, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
46	5.08.09.0000085	Golimumabum	inj.	1	mg	1	05909990717187	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg
47	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
48	5.08.09.0000087	Velaglucerasum alfa	inj.	1	j.	1	05909990816774	VPRIV, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.
49	5.08.09.0000091	Afatinibum	p.o.	1	mg	1	05909991083397	Giotrif, tabl. powł., 20 mg
							05909991083434	Giotrif, tabl. powł., 30 mg
							05909991083465	Giotrif, tabl. powł., 40 mg
50	5.08.09.0000092	Bexarotenum	p.o.	1	mg	1	05909990213504	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg
51	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
52	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
53	5.08.09.0000095	Afliberceptum ¹	inj.	1	mg	1	03837000137095	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
							04057598023047	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 114,3 mg/ml
							07622436125077	Afqlir, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
							05996537036054	Eydenzelt, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
54	5.08.09.0000096	Ranibizumabum ¹	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
55	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.

56	5.08.09.0000102	Macitentanum	p.o.	1	mg	1	07640111931133	Opsumit, tabl. powl., 10 mg; 30 tabl.
57	5.08.09.0000103	Riociguatum	p.o.	1	mg	1	05908229300305	Adempas, tabl. powl., 0,5 mg; 42 tabl.
							05908229300336	Adempas, tabl. powl., 1 mg; 42 tabl.
							05908229300367	Adempas, tabl. powl., 1,5 mg; 42 tabl.
							05908229300398	Adempas, tabl. powl., 2 mg; 42 tabl.
							05908229300428	Adempas, tabl. powl., 2,5 mg; 42 tabl.
58	5.08.09.0000105	Nitisinonum	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
59	5.08.09.0000107	Brentuximabum vedotinum	inj.	1	mg	1	05909991004545	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg; 1 fiol.
60	5.08.09.0000108	Dimethylis fumaras ¹	p.o.	1	mg	1	00646520415445	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg; 14 kaps.
							00646520415452	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg; 56 kaps.
							05909991560010	Dimethyl fumarate MSN, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05909991560058	Dimethyl fumarate MSN, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05909991525675	Dimethyl fumarate Teva, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05909991525682	Dimethyl fumarate Teva, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05055565795026	Dimethyl fumarate Accord, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05055565795033	Dimethyl fumarate Accord, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05907594033559	Dimethyl Fumarate Gedeon Richter, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05907594033566	Dimethyl Fumarate Gedeon Richter, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05909991521226	Dimethyl fumarate Stada, kaps. dojel. twarde, 120 mg

							05909991521318	Dimethyl fumarate Stada, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							07613421110314	Dimtruzic, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							07613421110321	Dimtruzic, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05909991557287	Dimethyl fumarate Polpharma, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05909991557294	Dimethyl fumarate Polpharma, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05909991515607	Jaxteran, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05909991515645	Jaxteran, kaps. dojel. twarde, 240 mg
61	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
62	5.08.09.0000110	Obinutuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001105	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg; 1 fiol.po 40 ml
63	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
64	5.08.09.0000113	Pertuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001006	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg; 1 fiol.
65	5.08.09.0000115	Crizotinibum	p.o.	1	mg	1	05909991004484	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg
							05909991004507	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg
66	5.08.09.0000117	Anakinrum	inj.	1	mg	1	07350031443271	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml
67	5.08.09.0000119	Pirfenidonum ¹	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
							05909991530396	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powl., 267 mg
							05909991530389	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powl., 267 mg
							05909991530419	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powl., 801 mg
							05909991523336	Pirfenidone Accord, tabl. powl., 267 mg
							05909991523329	Pirfenidone Accord, tabl. powl., 267 mg
							05909991523367	Pirfenidone Accord, tabl. powl., 801 mg
68	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
69	5.08.09.0000121	Vismodegibum	p.o.	1	mg	1	05902768001020	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg
70	5.08.09.0000122	Trametinibum	p.o.	1	mg	1	05909991141813	Mekinist, tabl. powl., 0,5 mg
							05909991141851	Mekinist, tabl. powl., 2 mg
71	5.08.09.0000123	Cobimetinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001136	Cotellic, tabl. powl., 20 mg
72	5.08.09.0000125	Alemtuzumabum	inj.	1	mg	1	05909991088156	Lemtrada, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg
73	5.08.09.0000126	Teriflunomidum ¹	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. powł., 14 mg
							05909991515188	Teriflunomide Zentiva, tabl. powł., 14 mg
							05909991526085	Tifay, tabl. powł., 14 mg, 28 szt.
							05909991526092	Tifay, tabl. powł., 14 mg, 84 szt.
							05909991517175	Teriflunomide MSN, tabl. powł., 14 mg
							05909991537340	Teriflunomide Neuraxpharm, tabl. powł., 14 mg
							05907394784057	Teriflunomide Aurovitas, tabl. powł., 14 mg
74	5.08.09.0000127	Levodopum, carbidopum	e.	1	mg	1	05909990419135	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml
75	5.08.09.0000129	Ibrutinibum	p.o.	1	mg	1	05413868117011	Imbruvica, tabl. powł., 140 mg
							05413868117028	Imbruvica, tabl. powł., 280 mg
							05413868117035	Imbruvica, tabl. powł., 420 mg
							05413868117042	Imbruvica, tabl. powł., 560 mg
76	5.08.09.0000131	Enzalutamidum	p.o.	1	mg	1	05909991415242	Xtandi, tabl. powł., 40 mg
77	5.08.09.0000132	Mepolizumabum	inj.	1	mg	1	05909991407148	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
							05909991407018	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
78	5.08.09.0000133	Osimertinibum	p.o.	1	mg	1	05000456012058	Tagrisso, tabletki powlekane, 40 mg
							05000456012065	Tagrisso, tabletki powlekane, 80 mg
79	5.08.09.0000135	Tocilizumabum ¹	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
80	5.08.09.0000137	Immunoglobulinum humanum subcutaneum ¹	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
							05909991527334	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml, 1 fiol. 50 ml
							05909991527310	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml, 1 fiol. 10 ml
							05909991527327	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml, 1 fiol. 20 ml
81	5.08.09.0000140	Trastuzumabum	s.c.	1	mg	1	05902768001037	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg; 1 fiol.
82	5.08.09.0000141	Eculizumabum ¹	inj.	1	mg	1	05909990643776	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
							08715131025755	Bekemv, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
83	5.08.09.0000142	Eltrombopagum ¹	p.o.	1	mg	1	05909990748204	Revolade, tabletki powlekane, 25 mg

							05909990748235	Revolade, tabletki powlekane, 50 mg
							05055565799574	Eltrombopag Accord, tabl. powl., 25 mg
							05055565799581	Eltrombopag Accord, tabl. powl., 50 mg
							08595112679432	Eltrombopag Glenmark, tabl. powl., 25 mg
							08595112679449	Eltrombopag Glenmark, tabl. powl., 50 mg
							03838989770884	Eltrombopag Krka, tabl. powl., 25 mg
							03838989770877	Eltrombopag Krka, tabl. powl., 50 mg
							05909991556037	Eltrombopag Polpharma, tabl. powl., 25 mg
							05909991555962	Eltrombopag Polpharma, tabl. powl., 50 mg
							05901797711337	Eltrombopag Viatris, tabl. powl., 25 mg
							05901797711344	Eltrombopag Viatris, tabl. powl., 50 mg
							05909991553975	Eltrombopag Zentiva, tabl. powl., 25 mg
							05909991553999	Eltrombopag Zentiva, tabl. powl., 50 mg
84	5.08.09.0000143	Nintedanibum	p.o.	1	mg	1	05909991206444	Ofev, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991206468	Ofev, kapsułki miękkie, 150 mg
85	5.08.09.0000144	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	inj.	1	mg	1	05909991247904	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
86	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
87	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
88	5.08.09.0000147	Vedolizumabum	inj.	1	mg	1	05909991138202	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg
89	5.08.09.0000148	Pembrolizumabum	inj.	1	mg	1	05901549325126	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
90	5.08.09.0000149	Nintedanibum	p.o.	1	mg	1	05909991203894	Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991203900	Vargatef, kapsułki miękkie, 150 mg
91	5.08.09.0000150	Sofosbuvirum, velpatasvirum	p.o.	1	mg	1	05391507142108	Epclusa, tabletki powlekane, 400 + 100 mg
92	5.08.09.0000151	Glecaprevirum, pibrentasvirum	p.o.	1	mg	1	08054083015927	Maviret, tabletki powlekane, 100+40 mg
93	5.08.09.0000152	Alirocumabum	s.c.	1	mg	1	05909991236618	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
							05909991441166	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
94	5.08.09.0000153	Ixekizumabum	s.c.	1	mg	1	05909991282950	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml
95	5.08.09.0000155	Sekukinumab	s.c.	1	mg	1	05909991203832	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
							07613421040130	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
							07613421049416	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg
96	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
97	5.08.09.0000157	Nusinersenum	inj.	1	mg	1	05713219500975	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg
98	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
99	5.08.09.0000159	Alectinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001143	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg
100	5.08.09.0000160	Blinatumomabum	inj.	1	mcg	1	05909991256371	Blincyto, proszek do sporządzania koncentratu i roztwór do przygotowania roztworu do infuzji, 38,5 µg
101	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
102	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
103	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.
104	5.08.09.0000165	Palbociclibum	p.o.	1	mg	1	05415062353684	Ibrance, tabl. powl., 100 mg
							05415062353691	Ibrance, tabl. powl., 125 mg
							05415062353677	Ibrance, tabl. powl., 75 mg
105	5.08.09.0000166	Ribociclibum	p.o.	1	mg	1	05909991336769	Kisqali, kapsułki twarde, 200 mg
							07613421186548	Kisqali, tabl. powl., 200 mg
106	5.08.09.0000167	Baricitinibum	p.o.	1	mg	1	03837000170825	Olumiant, tabl. powl., 4 mg
							03837000170740	Olumiant, tabl. powl., 2 mg
107	5.08.09.0000168	Tofacitinibum	p.o.	1	mg	1	05907636977100	Xeljanz, tabl. powl., 5 mg
							05415062342800	Xeljanz, tabl. powl., 10 mg
							05415062388723	Xeljanz, roztwór doustny, 1 mg/ml
108	5.08.09.0000169	Ustekinumabum ¹	inj.	1	mg	1	05909991307066	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
							08809593173106	Pyzchiva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg

							05055565796931	Imuldosa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
							05996537031066	Steqeyma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
							04052682080432	Otulfi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
							04011548046425	Uzpruvo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
109	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
110	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
111	5.08.09.0000172	Evolocumabum	inj.	1	mg	1	05909991224370	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg
112	5.08.09.0000173	Ocrelizumabum	inj.	1	mg	1	05902768001174	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml
113	5.08.09.0000174	Trifluridinum, tipiracilum	p.o.	1	mg	1	05901571320618	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg
							05901571320625	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg
							05901571320632	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg
							05901571320649	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg
114	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.
115	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
116	5.08.09.0000178	Eliglustatum	p.o.	1	mg	1	05909991205942	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg
117	5.08.09.0000179	L-karnityna	p.o.	1	g	1	05016533045017	L-karnityna, proszek, 1 g
118	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
119	5.08.09.0000181	Vandetanibum	p.o.	1	mg	1	05909990935437	Caprelsa, tabl. powl., 100 mg
							05909990935444	Caprelsa, tabl. powl., 300 mg
120	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
121	5.08.09.0000183	Binimetinib	p.o.	1	mg	1	03573994003922	Mektovi, tabl. powl., 15 mg
							03573994008231	Mektovi, tabl. powl., 45 mg
122	5.08.09.0000184	Brigatinibum	p.o.	1	mg	1	07038319119956	Alunbrig, tabl. powl., 180 mg
							07038319119963	Alunbrig, tabl. powl., 90 mg
							07038319119970	Alunbrig, tabl. powl., 30 mg
							07038319119987	Alunbrig, tabl. powl., 90+180 mg
123	5.08.09.0000185	Dinutuximabum beta	inj.	1	mg	1	05060146291736	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml
124	5.08.09.0000186	Encorafenibum	p.o.	1	mg	1	03573994003939	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg
							03573994003946	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg
125	5.08.09.0000187	Guselkumabum	s.c.	1	mg	1	05413868113006	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml
							05413868116687	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml
126	5.08.09.0000188	Ponatinibum	p.o.	1	mg	1	07640159433613	Iclusig, tabl. powl., 15 mg
							07640159433637	Iclusig, tabl. powl., 45 mg
127	5.08.09.0000189	Risankizumabum	s.c.	1	mg	1	08054083023021	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml

128	5.08.09.0000190	Romiplostimum	s.c.	1	mcg	1	08715131018139	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg
							05909990766994	Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg
129	5.08.09.0000191	Ivacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167104606	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg
							00351167113103	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg
							00351167136201	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg
							00351167144503	Kalydeco, tabl. powł., 75 mg
							00351167175309	Kalydeco, granulat w saszetce, 59,5 mg
							00351167174302	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg
130	5.08.09.0000192	Migalastatum	p.o.	1	mg	1	05909991390273	Galafold, kaps. twarde, 123 mg
131	5.08.09.0000193	Selexipagum	p.o.	1	mcg	1	07640111932796	Uptravi, tabl. powł., 1000 µg
							07640111932802	Uptravi, tabl. powł., 1200 µg
							07640111932819	Uptravi, tabl. powł., 1400 µg
							07640111932826	Uptravi, tabl. powł., 1600 µg
							07640111932833	Uptravi, tabl. powł., 200 µg
							07640111932758	Uptravi, tabl. powł., 200 µg
							07640111932765	Uptravi, tabl. powł., 400 µg
							07640111932772	Uptravi, tabl. powł., 600 µg
							07640111932789	Uptravi, tabl. powł., 800 µg
132	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
133	5.08.09.0000195	Inotuzumabum ozogamicini	inj.	1	mg	1	05907636977193	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg
134	5.08.09.0000196	Ketoanalogi aminokwasów	p.o.	1	mg	1	05909990338511	Ketosteril, tabl. powł., 630 mg
135	5.08.09.0000197	Avelumabum	inj.	1	mg	1	04054839462153	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
136	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
137	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.
138	5.08.09.0000200	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	p.o.	1	mg	1	05391507143303	Vosevi, tabl. powł., 400 + 100 + 100 mg
139	5.08.09.0000201	Olaparibum	p.o.	1	mg	1	05000456031325	Lynparza, tabl. powł., 100 mg
							05000456031318	Lynparza, tabl. powł., 150 mg
140	5.08.09.0000203	Dexamethasonum	inj.	1	mcg	1	05909990796663	Ozurdex, implant doszkliskowy, 700 µg
141	5.08.09.0000204	Lorlatinibum	p.o.	1	mg	1	05415062343531	Lorviqua, tabl. powł., 100 mg
							05415062348147	Lorviqua, tabl. powł., 25 mg
142	5.08.09.0000205	Lanadelumabum	inj.	1	mg	1	00642621076103	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg, 1 amp.-strzyk.
							07038319167698	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg, 1 wstrzyk.
143	5.08.09.0000206	Mercaptamini bitartras	p.o.	1	mg	1	03663502001011	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg
144	5.08.09.0000207	Tisagenlecleucelum	inj.	1	zestaw ²	1	05909991384388	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10 ⁶ – 6 x 10 ⁸ komórek
145	5.08.09.0000208	Trientinum tetrahydrochloridum	p.o.	1	mg	1	05350626000102	Cuprior, tabl. powł., 150 mg
146	5.08.09.0000209	Amifampridinum	p.o.	1	mg	1	05055956400706	Firdapse, tabl., 10 mg
147	5.08.09.0000210	Brolucizumabum	inj.	1	mg	1	07613421034993	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml
148	5.08.09.0000211	Cemiplimabum	inj.	1	mg	1	05909991408329	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg
149	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
150	5.08.09.0000213	Levofloxacinum	inh.	1	mg	1	08025153003014	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg

151	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
152	5.08.09.0000215	Tyldrakizumabum	s.c.	1	mg	1	08430308131700	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
153	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
154	5.08.09.0000217	Niraparibum	p.o.	1	mg	1	05909991515201	Zejula, tabl. powł., 100 mg, 56 szt.
							05909991515218	Zejula, tabl. powł., 100 mg, 84 szt.
155	5.08.09.0000218	Givosiranum	s.c.	1	fiol.	1	08720165814046	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml; 1 fiol.po 1 ml
156	5.08.09.0000219	Apalutamidum	p.o.	1	mg	1	05413868117059	Erleada, tabl. powł., 60 mg
							05413868122596	Erleada, tabl. powł., 240 mg
157	5.08.09.0000221	Darolutamidum	p.o.	1	mg	1	05908229303337	Nubeqa, tabl. powł., 300 mg
158	5.08.09.0000222	Ivacaftorum + Lumacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167131701	Orkambi, granulat, 125+100 mg
							00351167131800	Orkambi, granulat, 188+150 mg
159	5.08.09.0000223	Ivacaftorum + Tezacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167136102	Symkevi, tabl. powł., 150+100 mg
							00351167144404	Symkevi, tabl. powł., 75+50 mg
160	5.08.09.0000224	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167143902	Kaftrio, tabl. powł., 75+50+100 mg
							00351167149409	Kaftrio, tabl. powł., 37,5+25+50 mg
							00351167173305	Kaftrio, granulat w saszetce, 60+40+80 mg
							00351167172704	Kaftrio, granulat w saszetce, 75+50+100 mg
161	5.08.09.0000225	Lumasiranum ³	s.c.	1	fiol.	1	08720165814138	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml
162	5.08.09.0000226	Axicabtagene	inj.	1	worek ²	1	05909991438487	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x

		ciloleucel						10 ⁸ – 2 x 10 ⁸ komórek
163	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
164	5.08.09.0000229	Erenumabum	s.c.	1	mg	1	07613421024604	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml
165	5.08.09.0000230	Fedratinibum	p.o.	1	mg	1	07640133688596	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg
166	5.08.09.0000231	Fremanezumabum	s.c.	1	mg	1	05909991396497	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg
167	5.08.09.0000232	Letermovir	p.o.	1	mg	1	00191778018905	Prevymis, tabl. powł., 240 mg
							00191778018899	Prevymis, tabl. powł., 480 mg
168	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
169	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
170	5.08.09.0000235	Bedaquilinum	p.o.	1	mg	1	05909991140984	Sirturo, tabl., 100 mg
171	5.08.09.0000236	Gemtuzumabum ozogamicinum	inj.	1	mg	1	05415062328576	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg
172	5.08.09.0000237	Gilteritinibi fumaras	p.o.	1	mg	1	05909991426460	Xospata, tabl. powł., 40 mg
173	5.08.09.0000238	Imlifidasum ³	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
174	5.08.09.0000239	Onasemnogenum abeparvovecum	inj.	1	op.	1	05397227701106	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701137	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701168	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml

						05397227701199	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml
						05397227702844	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml
						05397227702875	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml
						05397227701090	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml
						05397227701120	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml
						05397227701151	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml
						05397227701182	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml
						05397227702837	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml
						05397227702868	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml
						05397227702899	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml
						05397227702905	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml
						05397227701083	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 2 fiol. 8,3 ml
						05397227701113	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 3 fiol. 8,3 ml
						05397227701144	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 4 fiol. 8,3 ml
						05397227701175	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 5 fiol. 8,3 ml
						05397227702820	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 6 fiol. 8,3 ml
						05397227702851	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 7 fiol. 8,3 ml
						05397227702882	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml, 8 fiol. 8,3 ml
						05397227702912	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³

								vg/ml, 9 fiol. 8,3 ml
175	5.08.09.0000240	Pretomanidum ³	p.o.	1	mg	1	05901797711139	Dovprela, tabl., 200 mg
176	5.08.09.0000241	Risdiplamum	p.o.	1	mg	1	07613326029896	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml
177	5.08.09.0000242	Alpelisibum	p.o.	1	mg	1	07613421024826	Piqray, tabl. powl., 150 mg
							07613421024840	Piqray, tabl. powl., 200 mg
							07613421024833	Piqray, tabl. powl., 50+200 mg
178	5.08.09.0000243	Glyceroli phenylbutyras	p.o.	1	g	1	07350110580354	Ravicti, płyn doustny, 1,1 g/ml
179	5.08.09.0000244	Inclisiranum	s.c.	1	mg	1	07613421047276	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 284 mg
180	5.08.09.0000245	Lutetium (177Lu) oxodotreotidi	inj.	1	fiol.	1	05909991350963	Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml
181	5.08.09.0000246	Mercaptamini hydrochloridum	ey.	1	mg	1	03663502000274	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml
182	5.08.09.0000247	Ofatumumabum	s.c.	1	mg	1	07613421040123	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg
183	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
184	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
185	5.08.09.0000250	Ramucirumabum	inj.	1	mg	1	05909991205898	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml
186	5.08.09.0000251	Sacituzumabum govitecanum	inj.	1	mg	1	05391507146816	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg
187	5.08.09.0000252	Satralizumabum	s.c.	1	mg	1	07613326032322	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg
188	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
189	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
190	5.08.09.0000255	Acalabrutinibum	p.o.	1	mg	1	05000456071116	Calquence, tabl. powl., 100 mg
191	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.
192	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
193	5.08.09.0000258	Entrectinibum	p.o.	1	mg	1	07613326024891	Rozlytrek, kaps. twarde, 100 mg
							07613326024624	Rozlytrek, kaps. twarde, 200 mg
194	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
195	5.08.09.0000260	Vedolizumabum	s.c.	1	mg	1	07038319122857	Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml
196	5.08.09.0000261	Daratumumabum	s.c.	1	mg	1	05413868119596	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)
197	5.08.09.0000262	Acidum carglumicum ¹	p.o.	1	mg	1	03663502000373	Carbaglu, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg
							08718858150847	Ucedane, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg
							08720865197265	Kwas kargluminowy Waymade, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg
198	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
							05413787222957	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 320 mg/2 ml

199	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
200	5.08.09.0000266	Azacitidine	p.o.	1	mg	1	07640133688435	Onureg, tabl. powł., 200 mg
							07640133688442	Onureg, tabl. powł., 300 mg
201	5.08.09.0000267	Filgotinibum	p.o.	1	mg	1	08020030001428	Jyseleca, tabl. powł., 200 mg
202	5.08.09.0000268	Tafasitamabum	inj.	1	mg	1	09088885500694	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg
203	5.08.09.0000269	Esketaminum	n.	1	mg	1	05413868117400	Spravato, aerozol do nosa, roztwór, 28 mg
204	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
205	5.08.09.0000271	Tucatinibum	p.o.	1	mg	1	05415062124734	Tukysa, tabl. powł., 150 mg
							05415062124741	Tukysa, tabl. powł., 50 mg
206	5.08.09.0000272	Zanubrutinibum	p.o.	1	mg	1	08720598340112	Brukinsa, kaps. twarde, 80 mg
							08720598340389	Brukinsa, tabl. powł., 160 mg
207	5.08.09.0000273	Anifrolumabum	inj.	1	mg	1	05000456072700	Saphnelo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg, 1 fiol. 2 ml
208	5.08.09.0000274	Brexucabtagene autoleucel	inj.	1	worek ²	1	05909991460662	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 ⁸ – 2 x 10 ⁸ komórek
209	5.08.09.0000275	Dostarlimabum	inj.	1	mg	1	05909991449872	Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml
210	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
211	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
212	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
213	5.08.09.0000279	Roxadustatum	p.o.	1	mg	1	05909991458720	Evrenzo, tabl. powl., 100 mg
							05909991458737	Evrenzo, tabl. powl., 150 mg
							05909991458690	Evrenzo, tabl. powl., 20 mg
							05909991458706	Evrenzo, tabl. powl., 50 mg
							05909991458713	Evrenzo, tabl. powl., 70 mg
214	5.08.09.0000280	Selpercatinibum ³	p.o.	1	mg	1	08586009570529	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg
							08586009570536	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg
215	5.08.09.0000281	Sotorasibum	p.o.	1	mg	1	08715131024895	Lumykras, tabl. powl., 120 mg
							08715131029081	Lumykras, tabl. powl., 240 mg
216	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
217	5.08.09.0000283	Asciminibum	p.o.	1	mg	1	07613421131616	Scemblix, tabl. powl., 20 mg
							07613421131623	Scemblix, tabl. powl., 40 mg
218	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
219	5.08.09.0000285	Enfortumabum vedotini	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
220	5.08.09.0000286	Tralokinumabum	s.c.	1	mg	1	03400930230268	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg
							03400930276136	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg
221	5.08.09.0000287	Trastuzumabum deruxtecanum	inj.	1	mg	1	04260161043629	Enhertu, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
222	5.08.09.0000288	Avalglucosidasum alfa	inj.	1	mg	1	05909991472474	Nexviadyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu

								do infuzji, 100 mg
223	5.08.09.0000289	Cannabidiolum	p.o.	1	mg	1	05055813900103	Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml
224	5.08.09.0000291	Odevixibat ³	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
225	5.08.09.0000292	Selumetinibum	p.o.	1	mg	1	05000456070058	Koselugo, kaps. twarde, 10 mg
							05000456070065	Koselugo, kaps. twarde, 25 mg
226	5.08.09.0000294	Nivolumabum + Relatlimab	inj.	1	mg	1	08027950800476	Opdualag, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 240+80 mg
227	5.08.09.0000295	Olipudaza alfa ³	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
228	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
229	5.08.09.0000297	Natalizumabum	s.c.	1	mg	1	05713219560252	Tysabri, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
230	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
							07613326059008	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg/ml, 1 fiol. po 0,4 ml
							07613326004756	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg/ml, 1 fiol. po 1 ml
231	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

232	5.08.09.0000300	Mogamulizumabum	inj.	1	mg	1	05038903004233	Poteligeo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/ml
233	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
234	5.08.09.0000302	Romosozumabum	inj.	1	mg	1	05413787222025	Evenity, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg/ml
235	5.08.09.0000303	Tafamidisum	p.o.	1	mg	1	05415062359426	Vyndaqel, kaps. miękkie, 61 mg
236	5.08.09.0000304	Tebentafuspum ³	inj.	1	fiol.	1	05056416800036	Kimmtrak, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml
237	5.08.09.0000305	Foslevodopum + Foscarbidopum	inj.	1	mg	1	08054083025162	Produodopa, roztwór do infuzji, 240+12 mg/ml
238	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
239	5.08.09.0000307	Caplalizumabum	inj.	1	mg	1	05909991413385	Cablivi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg
240	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
241	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
242	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

243	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
244	5.08.09.0000312	Avapritinibum	p.o.	1	mg	1	08720165565009	Ayvakyat, tabl. powł., 100 mg
							08720165565016	Ayvakyat, tabl. powł., 200 mg
							08720165565214	Ayvakyat, tabl. powł., 25 mg
							08720165565153	Ayvakyat, tabl. powł., 50 mg
245	5.08.09.0000313	Canakinumabum	inj.	1	mg	1	07613421054038	Ilaris, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml
246	5.08.09.0000314	Fenfluraminum	p.o.	1	mg	1	05413787222018	Fintepla, roztwór doustny, 2,2 mg/ml
247	5.08.09.0000315	Ivosidenibum ³	p.o.	1	mg	1	03664898120737	Tibsovo, tabl. powł., 250 mg
248	5.08.09.0000316	Loncastuximabum tesirini	inj.	1	fiol.	1	07350031444193	Zynlonta, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 10 mg
249	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
250	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
251	5.08.09.0000319	Oxybutynini hydrochloridum	inj.	1	mg	1	05909991398705	Vesoxx, roztwór do podawania do pęcherza moczowego, 1 mg/ml
252	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
253	5.08.09.0000322	Efgartigimod alfa	inj.	1	fiol.	1	04150179912881	Vyvgart, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg
254	5.08.09.0000323	Mirikizumabum	s.c.	1	mg	1	05999885490219	OmvoH, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml
255	5.08.09.0000324	Budesonidum	p.o.	1	mg	1	04011548044179	Kinpeygo, kaps. o zmodyfikowanym

								uwalnianiu, twarde, 4 mg
256	5.08.09.0000325	Elranatamabum	inj.	1	mg	1	05415062116272	Elrex fio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 1 fiol. 1,9 ml
257	5.08.09.0000326	Maribavirum	p.o.	1	mg	1	07038319161382	Livtencity, tabl. powł., 200 mg
258	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
259	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
260	5.08.09.0000329	Tremelimumabum	inj.	1	mg	1	05000456037105	Imjudo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
261	5.08.09.0000330	Vutrisiranum	s.c.	1	mg	1	04150181110077	Amvuttra, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/0,5 ml
262	5.08.09.0000331	Voretigene neparvovec	inj.	1	fiol.	1	07613421040529	Luxturna, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5×10^{12} genomów wektora/ml
263	5.08.09.0000332	Farycymab	inj.	1	mg	1	07613326050708	Vabysmo, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml
264	5.08.09.0000333	Avacopanum	p.o.	1	mg	1	04150174419491	Tavneos, kaps. twarde, 10 mg, 180 szt.
							04150174419323	Tavneos, kaps. twarde, 10 mg, 30 szt.
265	5.08.09.0000334	Eptinezumabum	inj.	1	mg	1	05702150155733	Vyepti, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml
266	5.08.09.0000335	Erdafitinibum	p.o.	1	mg	1	05413868125771	Balversa, tabl. powł., 3 mg
							05413868125764	Balversa, tabl. powł., 4 mg
							05413868125757	Balversa, tabl. powł., 5 mg
267	5.08.09.0000336	Lebrikizumabum	s.c.	1	mg	1	08430308134091	Ebglyss, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg
268	5.08.09.0000337	Maralixibatam	p.o.	1	mg	1	08720696500012	Livmarli, roztwór doustny, 9,5 mg/ml
269	5.08.09.0000338	Omaveloxolonom	p.o.	1	mg	1	00373179500443	Skyclarys, kaps. twarde, 50 mg
270	5.08.09.0000339	Ripretinibum	p.o.	1	mg	1	03400930243640	Qinlock, tabl., 50 mg
271	5.08.09.0000340	Ritlecitinibum	p.o.	1	mg	1	05415062109823	Litfulo, kaps. twarde, 50 mg
272	5.08.09.0000341	Ublituximabum	inj.	1	mg	1	08436027472384	Briumvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg

273	5.08.09.0000342	Ocrelizumabum	s.c.	1	mg	1	07613326075824	Ocrevus, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
274	5.08.09.0000343	Elranatamabum	inj.	1	fiol.	1	05415062116289	Elrex fio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 1 fiol. 1,1 ml
275	5.08.09.0000344	Capivasertibum	p.o.	1	mg	1	05000456083119	Truqap, tabl. powł., 160 mg
							05000456083126	Truqap, tabl. powł., 200 mg
276	5.08.09.0000345	Crovalimab	inj.	1	mg	1	07613326085861	Piasky, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 340 mg
277	5.08.09.0000346	Danicopanum	p.o.	1	mg	1	05391527740902	Voydeya, tabl. powł., 100 mg
							05391527740919	Voydeya, tabl. powł., 50+100 mg
278	5.08.09.0000347	Fruquintinibum	p.o.	1	mg	1	07038319163867	Fruzaqla, kaps. twarde, 1 mg
							07038319163973	Fruzaqla, kaps. twarde, 5 mg
279	5.08.09.0000348	Mirvetuximabum soravtansinum ³	inj.	1	fiol.	1	08054083029306	Elahere, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml
280	5.08.09.0000349	Momelotinibum	p.o.	1	mg	1	05909991526177	Omjjara, tabl. powł., 100 mg
							05909991526184	Omjjara, tabl. powł., 150 mg
							05909991526191	Omjjara, tabl. powł., 200 mg
281	5.08.09.0000350	Tofersenum	inj.	1	mg	1	05713219588287	Qalsody 100 mg, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
282	5.08.09.0000351	Trastuzumabum + Pertuzumabum	s.c.	1	mg	1	07613326036023	Phesgo, roztwór do wstrzykiwań, 600 + 1200 mg
							07613326036191	Phesgo, roztwór do wstrzykiwań, 600 + 600 mg
283	5.08.09.0000352	Dabrafenibum ³	p.o.	1	mg	1	07613421107598	Finlee, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg
284	5.08.09.0000353	Trametinibum ³	p.o.	1	mg	1	09088885532749	Spexotras, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,05 mg/ml
285	5.08.09.0000354	Infliximabum	s.c.	1	mg	1	05996537011259	Remsima, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 120 mg, 2 wstrzyk. 1 ml
							05996537011242	Remsima, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 120 mg, 1 wstrzyk. 1 ml
286	5.08.09.0000355	Berotrastatum	p.o.	1	mg	1	05391540110096	Orladeyo, kaps. twarde, 150 mg
287	5.08.09.0000356	Iptacopan	p.o.	1	mg	1	07613421171520	Fabhalta, kaps. twarde, 200 mg
288	5.08.09.0000357	Pentozanu wielosiarczan sodowy	p.o.	1	mg	1	04260078520176	Elmiron, kaps. twarde, 100 mg

289	5.08.09.0000358	rADAMTS13 ³	inj.	1	fiol.	1	07038319165939	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU
							07038319165922	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU
290	5.08.09.0000359	Sotatercept	s.c.	1	amp.-strzyk.	1	00191778024371	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg, 1 amp.-strzyk.
							00191778024401	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 60 mg, 2 amp.-strzyk.
291	5.08.09.0000360	Sotatercept	s.c.	1	fiol.	1	00191778024395	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg, 2 fiol.
							00191778024388	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 60 mg, 1 fiol.
292	5.08.09.0000361	Tislelizumabum	inj.	1	mg	1	08720598340280	Tevimbra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
293	5.08.09.0000362	Risdiplamum	p.o.	1	mg	1	07613326078528	Evrysdi, tabl. powł., 5 mg

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

² - rozumiany jako 1 lub więcej worków infuzyjnych przeznaczonych do terapii danego pacjenta

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

Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 11/2026/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 28 stycznia 2026 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	5.08.07.0000110	immunoglobulinum humanum - inj.	100 mg/ml, 1 fiol. 50 ml	1 516,86	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 00642621013375, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 7 marca 2025 r. do dnia 31 stycznia 2026 r.
2	5.08.07.0000122	immunoglobulinum humanum - inj.	100 mg/ml, 1 fiol. 25 ml	758,43	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 00642621077193, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 7 lipca 2025 r. do dnia 30 września 2026 r.
3	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.
4	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.
5	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.
6	5.08.07.0000119	cinacalcetii hydrochloridum – p.o.	30 mg	8,1771	x	x	x	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 5 marca 2025 r.
7	5.08.07.0000120	cinacalcetii hydrochloridum – p.o.	60 mg	16,3542	x	x	x	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 5 marca 2025 r.
8	5.08.07.0000121	etanerceptum - inj.	25 mg/0,5 ml, 4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	1 087,56	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 07613421184476, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 10 kwietnia 2025 r.
9	5.08.07.0000123	tocilizumabum – s.c.	162 mg, 4 amp.-strz. po	1 780,00	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN

			0,9 ml					08470007631873, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 21 października 2025 r. do 30 kwietnia 2026 r.
--	--	--	--------	--	--	--	--	---

Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 11/2026/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 28 stycznia 2026 r.

Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych

CZĘŚĆ WSPÓLNA		
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.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-1
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 pacjentów z chorobą 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 tyrozyneimii 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.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 chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej
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.	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.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 allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych
B.133	03.0000.433.02	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą
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 mocznikowego
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 guzowego
B.154.FM	03.0000.454.02	Leczenie pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet
B.155	03.0000.455.02	Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami 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 miastenii
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 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.172	03.0000.472.02	Leczenie chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST)
B.173	03.0000.473.02	Leczenie chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego
B.174	03.0000.474.02	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha

B.175	03.0000.475.02	Leczenie chorych z zespołem Alagille'a
B.176	03.0000.476.02	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne
B.177	03.0000.477.02	Leczenie dzieci i młodzieży chorych na glejaka
B.178	03.0000.478.02	Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego

03.0000.301.02	Leczenie chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
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	
	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)	

03.0000.304.02	Leczenie chorych na raka jelita grubego
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie 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	
	łącznie 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)	

03.0000.305.02	Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.306.02	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łączy 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	
	łączy 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	

03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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, hormonalne)	
	badania immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ (ocena receptorów HER2, ER, PGR)	
	badanie mutacji germlinalnej BRCA1/2	
	badanie mutacji genu PIK3CA lub AKT1 lub PTEN	

03.0000.310.02	Leczenie pacjentów z rakiem nerki
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania histopatologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	

03.0000.312.02	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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 aksybkabtagenem 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)	

03.0000.314.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	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	

03.0000.315.02	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
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

03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie 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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, immunologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	
	HC.1.1. lub HC.1.2.	oddział pediatryczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	117	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	117	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	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)	

03.0000.319.02	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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: neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, neurochirurgii, onkologii i hematologii 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))	
wypożyczenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.320.02	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.321.02	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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
	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	

03.0000.322.02	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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

03.0000.323.02	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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 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
	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 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	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)

03.0000.324.02	Leczenie choroby Hurler
-----------------------	--------------------------------

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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

03.0000.325.02	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
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	

03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
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	

03.0000.328.02	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
	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	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 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	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie	TK lub MR	

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

03.0000.329.02	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.330.02	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego - Crohna
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie 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)	

03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
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	

03.0000.335.02	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

03.0000.337.02	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy w komórce organizacyjnej (oddziale lub poradni) o profilu nefrologicznym	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania immunohistochemiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.338.02	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.339.02	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
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)	

03.0000.340.02	Profilaktyka zakażeń wirusem RS
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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 kardiochirurgiczna 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 kardiochirurgiczny 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/kardiochirurgicznego dla dzieci)	

03.0000.341.02	Leczenie zespołu Prader - Willi
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	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	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	

03.0000.342.02	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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 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	

03.0000.344.02	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.347.02	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.350.02	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
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)	

03.0000.352.02	Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.354.02	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	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	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)	

03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.356.02	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	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 radioterapii onkologicznej lub urologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie 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	

03.0000.357.02	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
	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 przebytych udarach 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	

03.0000.358.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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: potwierdzenie ekspresji PD-L1 wg CPS (combined positive score), TPS (tumor proportion score) i CE IVD (lub alternatywnego zwalidowanego testu) oraz potwierdzające występowanie choroby resztkowej	
	badania histopatologiczne	
	badania immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ – ocena ekspresji HER2	
	test ciążowy	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badania układu krzepnięcia, badania ogólne moczu, hormonalne)	

03.0000.359.02	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii onkologicznej	
	dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów - w lokalizacji
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, radioterapii onkologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hematologiczne, hormonalne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	scyntygrafia	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	
	ocena obecności mutacji BRAF V600	
	ocena ekspresji PDL1	
pozostałe	w przypadku świadczeniodawcy prowadzącego leczenie pacjentów dorosłych wymagane jest doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na czerniaka (co najmniej 50 chorych rocznie - dotyczy oferenta)	

03.0000.361.02	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub nefrologii dziecięcej lub pediatrii metabolicznej	
	łączny 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	
	łączny 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	

03.0000.362.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

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

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.365.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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

03.0000.366.02	Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.367.02	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.370.02	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.371.02	Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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
	4401	oddział pediatriczny o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	08	
	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)	

03.0000.373.02	Leczenie pacjentów z neurogeną nadreaktywnością wypieracza
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1640	poradnia urologiczna
	1641	poradnia urologiczna dla dzieci
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu nefrologia dziecięcego
	HC.1.1.	
	122	
	4640	
	4641	oddział urologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	4671	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu urologii dla dzieci
	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 lub nefrologii 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	

03.0000.374.02	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.375.02	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, immunologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	
	RTG	
	spirometria	
	ECHO serca	
	EKG	

03.0000.376.02	Leczenie tyrozyinemii typu 1 (HT-1)
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
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	
	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	

03.0000.377.02	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
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	
	HC.1.1. lub HC.1.2.	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	60	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	24	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	50	
	4671	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii klinicznej
	24	
	4671	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	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)	

03.0000.379.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
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)	

03.0000.381.02	Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	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	
	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)	

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

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.385.02	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	PET/CT	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.386.02	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1080	poradnia immunologiczna
	1081	poradnia immunologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.1.1. lub HC.1.1.2.	
	52	
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.1.1. lub HC.1.1.2.	
	52	
	4080	oddział immunologii klinicznej
	4081	oddział immunologii klinicznej dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1.1. lub HC.1.1.2.	
	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	

03.0000.387.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc z co najmniej 5-letnią praktyką w diagnostyce i leczeniu chorób śródmiąższowych płuc	
	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	

03.0000.388.02	Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnocomórkowego skóry
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łączy 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	
	łączy 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)	

03.0000.390.02	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.395.02	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie 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	
	łącznie 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	

03.0000.396.02	Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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.1.1.1. 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

03.0000.397.02	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łączy 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	
	łączy 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	

03.0000.398.02	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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.	

03.0000.399.02	Leczenie akromegalii
-----------------------	-----------------------------

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie 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)	

03.0000.401.02	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób wewnętrznych
	HC.1.2.07	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii
	HC.1.2.53	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	HC.1.2.123	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	HC.1.2.28	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	HC.1.2.54	
	4671	oddział leczenia jednego dla dzieci dnia o profilu diabetologii
	HC.1.2.43	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.2.117	
	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	

03.0000.402.02	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	58	
	ODDZIAŁ	
	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	
	łączny 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	
	łączny 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	
	łączny 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	

03.0000.404.02	Leczenie choroby Fabry'ego
-----------------------	-----------------------------------

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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.	

03.0000.405.02	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

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
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
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)	

03.0000.407.02	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
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)	

03.0000.408.02	Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.409.02	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
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	

03.0000.410.02	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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	

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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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
lekarze	pozostałe	nie dotyczy
	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	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
	łączy czas pracy	pielęgniarki
zapewnienie realizacji badań	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
		USG
		tomografia komputerowa
		rezonans magnetyczny
		EKG
		USG serca
		badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3, kortyzolu, ACTH, TSH, FT4, insuliny)
Wyposażenie w sprzęt		badania genetyczne
		chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji
		sprzęt antropometryczny (wzrostomierz, waga lekarska, centymetr) - w lokalizacji
pozostałe		aparatus do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi - w lokalizacji
		świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie endokrynologii potwierdzającą doświadczenie w diagnostyce i leczeniu pacjentów z niedoczynnością przysadki

03.0000.412.02	Leczenie chorych na mukowiscydozę
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
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	

03.0000.413.02	Leczenie pacjentów z chorobami nerek
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.414.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.415.02	Leczenie chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.417.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.418.02	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.419.02	Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	w przypadku realizacji świadczeń poza poradnią/oddziałem endokrynologicznym - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	scyntygrafia	
	RTG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	

03.0000.421.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastennicznym Lamberta-Eatona
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.422.02	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
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	

03.0000.423.02	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii dziecięcej lub gastroenterologii dziecięcej	
	łącznie 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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie	USG	

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

03.0000.424.02	Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	

03.0000.425.02	Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.426.02	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

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

	kod resortowy	nazwa
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	

03.0000.429.02	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii dziecięcej lub nefrologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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	

03.0000.431.02	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	

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
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.433.02	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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

03.0000.435.02	Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

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

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.437.02	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.438.02	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie ogólne moczu)	

03.0000.439.02	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.440.02	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu moczniowego
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
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)	

03.0000.441.02	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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 (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne, hormonalne, badanie ogólne moczu)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	
	ocena, za pomocą zwalidowanego testu, poziomu ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej	
	ocena, za pomocą zwalidowanego testu obecności podatnych zmian genetycznych FGFR3	
	pełne badanie okulistyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) – dotyczy terapii erdafitynibem	

03.0000.442.02	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.443.02	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

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

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.445.02	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.446.02	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
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	

03.0000.447.02	Leczenie chorych na depresję lekkooporną
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badanie psychiatryczne	
	badania laboratoryjne	

03.0000.448.02	Leczenie chorych na raka endometrium
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	TK lub MR	
	EKG	

03.0000.449.02	Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
	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 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	
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.450.02	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny
	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	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	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	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 nefrologii dziecięcej lub dermatologii i wenerologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG, TK, USG stawów	
	badania laboratoryjne	
	badania immunohistochemiczne	
	EMG, ECHO serca, EKG	

03.0000.451.02	Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	

03.0000.452.02	Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
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	

03.0000.453.02	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
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)	

03.0000.454.02	Leczenie pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
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	

03.0000455.02	Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)
----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
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	
	ocena krzepliwości (INR, czas protrombinowy)	
pozostałe	*W komórkach organizacyjnych o kodach: 1000,1280,4280,4000 możliwa jest wyłącznie kontynuacja leczenia pacjentów, którzy osiągnęli pełnoletność w trakcie leczenia w programie lekowym	

03.0000.456.02	Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (IgE, kreatynina, mocznik, CRP, ALT, AST)	
	TK	
	badanie endoskopowe	
	badania diagnostyczne wykluczające obecność pasożytów	

03.0000.457.02	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

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

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie 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	
	łącznie 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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	MRI	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	
	badania spirometryczne	
	badania densytometryczne	

03.0000.459.02	Leczenie chorych na raka szyjki macicy
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny 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	

03.0000.460.02	Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatów
zapewnienie realizacji badań	densytometria - zapewnienie dostępu	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia)	

03.0000.461.02	Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.462.02	Leczenie pacjentów z kardiomiopatią
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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)	

03.0000.463.02	Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.464.02	Leczenie pacjentów z zakrzepową plamicą małopłytkową
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
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.	

03.0000.465.02	Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.466.02	Leczenie pacjentów z achondroplazją
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
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	

03.0000.467.02	Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera z bialleliczną mutacją genu RPE65
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	NIE
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie 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	

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

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	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	

03.0000.469.02	Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
	1010	poradnia alergologiczna
	1272	poradnia chorób płuc
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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

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

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	

03.0000.471.02	Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	biopsja nerek	

03.0000.472.02	Leczenie chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	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 onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	MRI	
	EKG	
	ECHO	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.473.02	Leczenie chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	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	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 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, serologiczne/molekularne)	
	badania trichoskopowe	

03.0000.474.02	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
	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	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii
	58	
	ODDZIAŁ	
	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 neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii lub kardiologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (bilirubina, lipidogram, AlAT, AspAT, glukoza, HbA1c, BNP lub NT-pro-BNP)	
	EKG	
	ECHO	
	ocena stopnia ciężkości choroby w skali mFARS	
pozostałe	Świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	

03.0000.475.02	Leczenie chorych z Zespołem Alagille’a
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii
	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
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki lub neurologii, lub kardiologii, lub nefrologii, lub gastroenterologii, lub neurologii dziecięcej, lub kardiologii dziecięcej, lub nefrologii dziecięcej, lub gastroenterologii dziecięcej
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania ultrasonograficzne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.476.02	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	nie dotyczy
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	Badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi, test ciążowy)	
	Koagulogram	
	TK głowy	
	Spirometria, gazometria tętnicza	
	Badanie dna oka	
	Zapewnienie dostępu do badania genetycznego w kierunku genetycznej postaci ALS w przypadku braku wcześniejszego wyniku	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii, potwierdzającą doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu – stwardnienia bocznego zanikowego	

03.0000.477.02	Leczenie chorych dzieci młodzieży chorych na glejaka
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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
	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	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	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	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie dermatologii, okulistyki, kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	zapewnienie dostępu do	badania laboratoryjne (biochemiczne, immunochemiczne)
		tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny
		ocena obecności mutacji BRAF V600
		badanie genetyczne na obecność glejaka o niskim albo wysokim stopniu złośliwości
pozostałe	*W komórkach organizacyjnych o kodach: 1240, 1242, 4240, 4242, 4670 możliwa jest wyłącznie kontynuacja leczenia pacjentów, którzy osiągnęli pełnoletność w trakcie leczenia w programie lekowym	

	03.0000.478.02	Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego
organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1640	poradnia urologiczna
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	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	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki, kardiologii
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie urologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (badanie ogólne moczu, badanie bakteriologiczne moczu)	
	cystoskopia	
	USG	
	badanie pola widzenia	
	badanie dna oka	
	elektroretinogram	
	angiografia fluoresceinowa	

Załącznik nr 6 do zarządzenia nr 11/2026/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 28 stycznia 2026 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	TRIFLURYDYNA + TYPIRACYL, IPILIMUMAB, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, FRUKWINTYNIB
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 płucnej	KRYZOTYNIB, OZYMERTYNIB, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, ATEZOLIZUMAB, AFATYNIB, NINTEDANIB, ALEKTYNIB, BRYGATYNIB, DURWALUMAB, LORLATYNIB, ENTREKTYNIB, CEMIPLIMAB, IPILIMUMAB, SOTORASIB, TREMELIMUMAB, TISLELIZUMAB
5	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 DERUKSTEKAN, OLAPARYB, KAPIWASERTYB, TRASTUZUMAB + PERTUZUMAB
6	03.0000.310.02	B.10.	C 64	Leczenie pacjentów z rakiem nerki	KABOZANTINIB, NIWOLUMAB, IPILIMUMAB, PEMBROLIZUMAB
7	03.0000.312.02	B.12.FM.	C82, C83, C85	Leczenie chorych na chłoniaki B - komórkowe ¹	OBINUTUZUMAB, AKSYKABTAGEN CYLOLEUCELU, POLATUZUMAB WEDOTYNY, TISAGENLECLEUCEL, TAFASYTAMAB, IBRUTYNIB, BREKSUKABTAGEN AUTOLEUCEL, MOSUNETUZUMAB, EPKORYTAMAB, GLOFITAMAB, LONKASTUKSYMAB TEZYRYNY, ZANUBRUTYNIB
8	03.0000.314.02	B.14.	C 92.1	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową ¹	PONATYNIB, ASCIMINIB
9	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
10	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,	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	IMMUNOGLOBULINY

			D 83.3, D 83.8, D 83.9, D 89		
11	03.0000.318.02	B.18.	E 22.8, E 30.9	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego	TRIPTORELINA
12	03.0000.319.02	B.19.	E 23	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki	SOMATOTROPINA, SOMATROGON
13	03.0000.320.02	B.20.	E 34.3	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	MEKASERMINA
14	03.0000.321.02	B.21.	E 72.1	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	BETAINA BEZWODNA
15	03.0000.322.02	B.22.	E 74.0	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	ALGLUKOZYDAZA ALFA, AWALGLUKOZYDAZA ALFA
16	03.0000.323.02	B.23.	E 75.2	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	IMIGLUCERAZA, ELIGLUSTAT, WELAGLUCERAZA ALFA
17	03.0000.324.02	B.24.	E 76.0	Leczenie choroby Hurler	LARONIDAZA
18	03.0000.325.02	B.25.	E 76.1	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	IDURSULFAZA
19	03.0000.327.02	B.27.	E 84	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	TOBRAMYCYNA, LEWOFLOKSACyna
20	03.0000.328.02	B.28.	G 24.3, G 24.4, G 24.5, G 51.3, G 24.8	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
21	03.0000.329.02	B.29.	G 35	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	INTERFERON BETA, OCTAN GLATIRAMERU, FUMARAN DIMETYLU, PEGINTERFERON BETA-1A, TERYFLUNOMID, OFATUMUMAB, OZANIMOD, PONESIMODUM, SIPONIMOD, ALEMTUZUMAB, KŁADRYBINA, FINGOLIMOD, NATALIZUMAB, OKRELIZUMAB, UBLITUKSYMAB
22	03.0000.330.02	B.30.	I61, I63, I69, G35, G80, G82, G83, T90, T91	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
23	03.0000.331.02	B.31.	I 27, I 27.0	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)	ILOPROST, BOSENTAN, TREPROSTINIL, SILDENAFIL, EPOPROSTENOL, MACYTENTAN, RIOCYGUAT, SELEKSYPAG, SOTATERCEPT
24	03.0000.332.02	B.32.	K 50	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	INFLIKSYMAB, ADALIMUMAB, USTEKINUMAB, WEDOLIZUMAB, UPADACYTYNIB
25	03.0000.333.02	B.33.	M 05, M 06, M 08	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, RYTUKSYMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, TOCILIZUMAB, TOFACYTYNIB, BARICYTYNIB, UPADACYTYNIB, ANAKINRA, FILGOTYNIB, SEKUKINUMAB, KANAKINUMAB
26	03.0000.335.02	B.35.	L 40.5, M 07.1, M 07.2, M 07.3	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB, TOFACYTYNIB, IKSEKIZUMAB, UPADACYTYNIB, RYZANKIZUMAB, GUSELKUMAB, BIMEKIZUMAB
27	03.0000.336.02	B.36.	M 45	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB, UPADACYTYNIB, IKSEKIZUMAB, TOFACYTYNIB, BIMEKIZUMAB
28	03.0000.337.02	B.37.	N 18	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek	EPOETyna ALFA, DARBEPOETyna ALFA, ROKSADUSTAT

29	03.0000.338.02	B.38.	N 18	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)	SOMATOTROPINA
30	03.0000.339.02	B.39.	N 25.8	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami	CYNAKALCET, PARYKALCYTOL
31	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	Profilaktyka zakażeń wirusem RS	PALIWIZUMAB
32	03.0000.341.02	B.41.	Q 87.1	Leczenie zespołu Prader - Willi	SOMATOTROPINA
33	03.0000.342.02	B.42.	Q 96	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)	SOMATOTROPINA
34	03.0000.344.02	B.44.	J 45, J 82	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy	OMALIZUMAB, MEPOLIZUMAB, BENRALIZUMAB, DUPILUMAB, TEZEPELUMAB
35	03.0000.347.02	B.47.	L 40.0	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy płackowatej	USTEKINUMAB, ADALIMUMAB, ETANERCEPT, INFLIKSYMAB, IKSEKIZUMAB, SEKUKINUMAB, GUSELKUMAB, RYZANKIZUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, TYLDRAKIZUMAB, BIMEKIZUMAB
36	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, MIRWETUKSYMAB SORAWTANZYNA ²
37	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
38	03.0000.354.02	B.54.	C 90.0	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytozy ¹	DARATUMUMAB, KARFILZOMIB, IKSAZOMIB, ELOTUZUMAB, IZATUKSYMAB, TEKLISTAMAB, TALQUETAMAB, ELRANATAMAB
39	03.0000.355.02	B.55.	K 51	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	INFLIKSYMAB, WEDOLIZUMAB, TOFACYTYNIB, USTEKINUMAB, FILGOTYNIB, OZANIMOD, UPADACYTYNIB, MIRIKIZUMAB
40	03.0000.356.02	B.56.	C 61	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego	ENZALUTAMID, APALUTAMID, DAROLUTAMID, OLAPARYB, NIRAPARYB + OCTAN ABIRATERONU, TALAZOPARYB
41	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
42	03.0000.358.02	B.58.	C 15, C 16	Leczenie chorych na raka przelyku, połączenia żołądkowo-przelykowego i żołądka	RAMUCIRUMABUM, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, IPILIMUMAB, TRIFLURYDYNA + TYPIRACYL, TRASTUZUMAB DERUKSTEKAN, TISLELIZUMAB
43	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
44	03.0000.361.02	B.61.	E72.0	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną	CYSTEAMINA
45	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, 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	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych	IMMUNOGLOBULINY
46	03.0000.364.02	B.64.	R 62.9	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)	SOMATOTROPINA

47	03.0000.365.02	B.65.	C 91.0	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną ¹	BLINATUMOMAB, PONATYNIB, INOTUZUMAB OZOGAMYCYN, TISAGENLECLEUCEL, BREKSUKABTAGEN AUTOLEUCEL
48	03.0000.366.02	B.66.	C 84	Leczenie chorych na chłoniaki T – komórkowe ¹	BEKSAROTEN, BRENTUKSYMAB VEDOTIN, MOGAMULIZUMAB
49	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	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	IMMUNOGLOBULINY
50	03.0000.370.02	B.70.	H34, H35.3, H36.0	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki	AFLIBERCEPT, RANIBIZUMAB, BROLUCIZUMAB, BEWACYZUMAB, DEKSAMETAZON, FARYCYMAB
51	03.0000.371.02	B.71.	B 18.2	Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	SOFOSBUWIR + WELPATASWIR, GLECAPREWIR + PIBRENTASWIR, SOFOSBUWIR + WELPATASWIR + WOKSYLEPREWIR
52	03.0000.373.02	B.73.	N 31	Leczenie pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A, OKSYBUTYNINA
53	03.0000.374.02	B.74.	I 27, I 27.0 i/lub I 26	Leczenie przewlekłego zakrzepowozatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	RIOCYGUAT
54	03.0000.375.02	B.75.	M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń	RYTUksYMAB, TOCILIZUMAB, MEPOLIZUMAB, AWAKOPAN, BENRALIZUMAB
55	03.0000.376.02	B.76.	E 70.2	Leczenie tyrozynemii typu 1(HT-1)	NITYZYNON
56	03.0000.377.02	B.77.	C 81	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina ¹	BRENTUKSYMAB VEDOTIN, NIWOLUMAB
57	03.0000.379.02	B.79.	C 91.1	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ¹	OBINUTUZUMAB, AKALABRUTYNIB, IBRUTYNIB, WENETOKLAKS, ZANUBRUTYNIB
58	03.0000.381.02	B.81.	D 45, D 47.1	Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) ¹	RUKSOLITYNIB, FEDRATYNIB, MOMELOTYNIB
59	03.0000.382.02	B.82.	M 46.8	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK	CERTOLIZUMAB PEGOL, ETANERCEPT, IKSEKIZUMAB, SEKUKINUMAB, UPADACYTYNIB, BIMEKIZUMAB
60	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	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki	OLAPARYB
61	03.0000.386.02	B.86.	E 85, R 50.9, D 89.8, D 89.9	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	ANAKINRA
62	03.0000.387.02	B.87.	J 84.1	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc	PIRFENIDON, NINTEDANIB
63	03.0000.388.02	B.88.	C 44	Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry	WISMODEGIB, CEMIPLIMAB
64	03.0000.390.02	B.90.	G 20	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	LEWODOPA + KARBIDOPA, APOMORFINA, FOSLEWODOPA + FOSKARBIDOPA
65	03.0000.395.02	B.95.	D 59.3	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)	EKULIZUMAB, RAWULIZUMAB
66	03.0000.396.02	B.96.	D 59.5	Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)	EKULIZUMAB, PEGCETAKOPLAN, RAWULIZUMAB, KROWALIMAB, DANIKOPAN, IPTAKOPAN
67	03.0000.397.02	B.97.	D 69.3	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM, AWATROMBOPAG, RYTUksYMAB
68	03.0000.398.02	B.98.	D 69.3	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM, RYTUksYMAB

				immunologiczną	
69	03.0000.399.02	B.99.	E 22.0	Leczenie akromegalii	PASYREOTYD, PEGWISOMANT
70	03.0000.401.02	B.101.	E 78.0, I21, I22, I25	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi	ALIROKUMAB, EWOŁOKUMAB, INKLISIRAN, LOMITAPID
71	03.0000.402.02	B.102.FM.	G 12.0, G 12.1	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	NUSINERSEN, RYSDYPLAM, ONASEMNOGEN ABEPARWOWEK
72	03.0000.404.02	B.104.	E 75.2	Leczenie choroby Fabry'ego	AGALZYDAZA ALFA, AGALZYDAZA BETA, MIGALASTATUM
73	03.0000.405.02	B.105.	H 20.0, H 30.0	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)	ADALIMUMAB, DEKSAMETAZON
74	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 leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV	ENTEKAWIR, TENOFOWIR
75	03.0000.407.02	B.107.	L 50.1	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną	OMALIZUMAB
76	03.0000.408.02	B.108.FM.	C 73	Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy	WANDETANIB, SELPERKATYNIB ²
77	03.0000.409.02	B.109.	E 71.1, E 71.3, E 72.3	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	L-KARNITYNA
78	03.0000.410.02	B.110.	C47	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym	DINUTUKSYMAB BETA
79	03.0000.411.02	B.111.	E23.0	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania	SOMATOTROPINA
80	03.0000.412.02	B.112.	E84	Leczenie chorych na mukowiscydozę	IWAKAFTOR, IWAKAFTOR + LUMAKAFTOR, IWAKAFTOR + TEZAKAFTOR, IWAKAFTOR + TEZAKAFTOR + ELEKSAKFTOR
81	03.0000.413.02	B.113.	N18	Leczenie pacjentów z chorobami nerek	KETOANALOGI AMINOKWASÓW
82	03.0000.414.02	B.114.	C92.0	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową¹	MIDOSTAURYNA, GEMTUZUMAB OZOGAMYCYN, GILTERTYNYB, WENETOKLAKS, AZACYTYDYNA, IWOSYDENIB ²
83	03.0000.415.02	B.115.	C96.2, C94.3, D47.0	Leczenie chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej¹	MIDOSTAURYNA, AWAPRYTYNYB
84	03.0000.417.02	B.117.	C44	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem	AWELUMAB
85	03.0000.418.02	B.118.	E24.0	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga	PASYREOTYD
86	03.0000.419.02	B.119.	C73	Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy	KABOZANTYNIB
87	03.0000.421.02	B.121.	G73.1	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	AMIFAMPRYDYNA
88	03.0000.422.02	B.122.	D84.1	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	LANADELUMAB, BEROTRALSTAT
89	03.0000.423.02	B.123.	E83.0	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	TRIENTYNA
90	03.0000.424.02	B.124.	L20	Leczenie chorych z atopowym	DUPILUMAB, BARICYTYNYB, UPADACYTYNYB, ABROCYTYNYB,

				zapaleniem skóry	TRALOKINUMAB, LEBRYKIZUMAB
91	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
92	03.0000.426.02	B.126.	Q61.2	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek	TOLWAPTAN
93	03.0000.427.02	B.127.	D61	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną	ELTROMBOPAG
94	03.0000.428.02	B.128.	E80.2	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat	GIWOSYRAN
95	03.0000.429.02	B.129.FM.	E74.8	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1	LUMAZYRAN ²
96	03.0000.431.02	B.131.	D.47.7	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana	SILTUKSYMAB
97	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	Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych	LETERMOWIR
98	03.0000.433.02	B.133.	G43	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą	ERENUMAB, FREMANEZUMAB, TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A, EPTINEZUMAB
99	03.0000.435.02	B.135.	D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, M34, J.99.1	Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc	NINTEDANIB, RYTUKSYMAB, TOCILIZUMAB
100	03.0000.436.02	B.136.FM.	A15	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)	BEDAKILINA, PRETOMANID ²
101	03.0000.437.02	B.137.FM.	N18	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki	IMLIFIDAZA ²
102	03.0000.438.02	B.138.FM.	G36.0	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	SATRALIZUMAB
103	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
104	03.0000.440.02	B.140.	E72.2	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego	FENYLOMAŚLAN GLICEROLU
105	03.0000.441.02	B.141.FM.	C61, C65, C66, C67, C68	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym	AWELUMAB, NIWOLUMAB, ENFORTUMAB WEDOTYNY, ERDAFITYNIB, PEMBROLIZUMAB
106	03.0000.442.02	B.142.	D46.0, D46.1	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji	LUSPATERCEPT
107	03.0000.443.02	B.143.	E71.1	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową	KWAS KARGLUMINOWY
108	03.0000.444.02	B.144.	Zgodnie z kryteriami kwalifikacji	Leczenie pacjentów z guzami litymi z	LAROTREKTYNIB, ENTREKTYNIB

			określonymi w opisie programu lekowego	fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)	
109	03.0000.445.02	B.145.	E85.8	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)	DARATUMUMAB
110	03.0000.446.02	B.146.	C88.0	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma	ZANUBRUTYNIB
111	03.0000.447.02	B.147.	F33.1, F33.2	Leczenie chorych na depresję lekooporną	ESKETAMINA
112	03.0000.448.02	B.148.	C54	Leczenie chorych na raka endometrium	DOSTARLIMAB, PEMBROLIZUMAB, DURWALUMAB, OLAPARYB
113	03.0000.449.02	B.149.	T86.0	Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi	RUKSOLITYNIB
114	03.0000.450.02	B.150.	M32	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE)	ANIFROLUMAB, RYTUKSYMAB
115	03.0000.451.02	B.151.	E.83.3	Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)	BUROSUMAB
116	03.0000.452.02	B.152.FM.	K76.8	Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)	ODEWIKSYBAT ²
117	03.0000.453.02	B.153.	G40	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego	KANNABIDIOL
118	03.0000.454.02	B.154.FM.	G40.4	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox- Gastaut lub z zespołem Dravet	KANNABIDIOL, FENFLURAMINA
119	03.0000.455.02	B.155.	Q85.0	Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami spłotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)	SELUMETYNIB
120	03.0000.456.02	B.156.	J32, J33	Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa	DUPILUMAB, MEPOLIZUMAB
121	03.0000.457.02	B.157.	G70.0	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii	EFGARTIGIMOD ALFA, RYTUKSYMAB, RAWULIZUMAB
122	03.0000.458.02	B.158.FM.	E75.2	Leczenie chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B	OLIPUDAZA ALFA ²
123	03.0000.459.02	B.159.	C53	Leczenie chorych na raka szyjki macicy	PEMBROLIZUMAB, CEMIPILIMAB
124	03.0000.460.02	B.160.	M80.0	Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej	ROMOSUZUMAB
125	03.0000.461.02	B.161.	L73.2	Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)	SEKUKINUMAB, BIMEKIZUMAB
126	03.0000.462.02	B.162.	E85, I42.1	Leczenie pacjentów z kardiomiopatią	MAWAKAMTEN, TAFAMIDIS
127	03.0000.463.02	B.163.FM.	C69, C69.3, C69.4	Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka	TEBENTAFUSP ²
128	03.0000.464.02	B.164.	M31.1	Leczenie pacjentów z zakrzepową plamicą małopłytkową	KAPLACYZUMAB, rADAMTS13 ²
129	03.0000.465.02	B.165.	E83.3	Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)	ASFOTAZA ALFA
130	03.0000.466.02	B.166.	Q77.4	Leczenie pacjentów z achondroplazją	WOSORYTYD
131	03.0000.467.02	B.167.	H35.5	Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65	WORETYGEN NEPARWOWEK
132	03.0000.468.02	B.168.	B25.0, B25.1, B25.2, B25.8, B25.9	Leczenie pacjentów z niereagującym lub	MARIBAWIR

				opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV)	
133	03.0000.469.02	B.169.	D72.1	Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)	MEPOLIZUMAB
134	03.0000.470.02	B.170.	E85.1	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtetyretynowej	WUTRISIRAN
135	03.0000.471.02	B.171.	N02.8	Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA	BUDEZONID
136	03.0000.472.02	B.172.	C15, C16, C17, C18, C20, C48	Leczenie chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST)	RIPRETYNIB
137	03.0000.473.02	B.173.	L63	Leczenie chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego	RITLECYTYNIB
138	03.0000.474.02	B.174.	G11.1	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha	OMAWELOKSOLON
139	03.0000.475.02	B.175.	Q44.7	Leczenie chorych z zespołem Alagille’a	MARALIKSYBAT
140	03.0000.476.02	B.176.	G12.2	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne	TOFERSEN
141	03.0000.477.02	B.177.	C71	Leczenie dzieci i młodzieży chorych na gęłejaka	DABRAFENIB ² , TRAMETYNIB ²
142	03.0000.478.02	B.178.	N30.1	Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego	POLISIARCZAN PENTOZANU SODU

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

² – technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24b 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			
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	2,2144	zł/mg	1,17	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,2144	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,2144	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,2144	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,2144	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	2,2144	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,2144	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,2144	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,2144	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,2144	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	2,2144	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,2144	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,2144	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,2144	zł/mg	1,40
7	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000033	infiximabum	2,2144	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,2144	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,2144	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,2144	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	2,2144	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,2144	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,2144	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,2144	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,2144	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane			2,2144	zł/mg	1,40

						z wykonaniem programu						
9	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu	5.08.09.0000033	infliximabum	2,2144	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,2144	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,2144	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,2144	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	2,9923	zł/mg	1,17	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,9923	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,9923	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,9923	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,9923	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	2,9923	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,9923	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,9923	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,9923	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,9923	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	2,9923	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,9923	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,9923	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie			2,9923	zł/mg	1,40	

						ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu					
14	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	2,9923	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,9923	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,9923	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,9923	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	2,9923	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,9923	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,9923	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,9923	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,9923	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,9923	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	2,1311	zł/mg	2,00
			5.08.08.0000274	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (rytuksymab)	-	-			2,1311	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,1311	zł/mg	1,80
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,1311	zł/mg	1,80
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,1311	zł/mg	1,80

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

1.	Charakterystyka świadczenia	
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 zeszywniającego 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 zeszywniające 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 toczni rumieniowaty układowy; 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 - 5.

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 EGPA

Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia benralizumabem 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:

Liczba punktów w skali BVAS:.....

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
1. Postać choroby definiowana jako:		
a) nawracająco-ustępująca: co najmniej jeden nawrót aktywnej choroby (BVAS \geq 2) w okresie 6 miesięcy poprzedzających włączenie do programu, pomimo stosowania skojarzonego leczenia podtrzymującego		
b) oporna na leczenie w okresie 6 miesięcy poprzedzających włączenie do programu: brak uzyskania ci najmniej niskiej aktywności choroby (BVAS<2) pomimo stosowania zalecanego przez ACR/EULAR skojarzonego leczenia indukującego remisję w pierwszej linii		
c) oporna na leczenie w okresie 6 miesięcy poprzedzających włączenie do programu: nawrót aktywnej choroby (BVAS \geq 2) 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 benralizumabem 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: benralizumab

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/

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/

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 benralizumabem 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

* *niepotrzebne skreślić*

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 chorych z toczeniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE) (ICD-10: M32)

Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia rytuksymabem w programie Leczenie chorych z toczeniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE) (ICD-10: M32)

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Aktywność choroby- liczba punktów w skali (SLEDAI-2K/ BILAG-2004):.....

Ogólna ocena aktywności choroby w skali PGA:.....

Czy pacjent leczony w przeszłości anifrolumabem w programie lekowym? (TAK/ NIE):.....

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
1. Aktywność choroby definiowana jako:		
a) wartość SLEDAI-2K ≥ 6 , w tym wartość klinicznego SLEDAI-2K ≥ 4 lub		
b) ocena stopnia aktywności choroby w skali BILAG-2004 $\geq 1A$ lub $\geq 2B$		
2. Wartość ogólnej oceny aktywności choroby przez lekarza w skali PGA > 1		
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 rytuksymabem w programie lekowym Leczenie chorych z toczeniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE) (ICD-10: M32)

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/

3.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z toczeniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE) (ICD-10: M32)

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.

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

* *niepotrzebne skreślić*

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 chorobą śródmiąższową płuc (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia rytuksymabem w programie Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Rozpoznanie (PF-ILD/ SSc-ILD):.....

Wnioskowane stosowanie rytuksymabu (w monoterapii/ w skojarzeniu z nintedanibem):.....

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
I. Dotyczy rozpoznania SSc-ILD:		
1. Rozpoznanie twardziny układowej zgodnie z rekomendacjami EULAR/ACR		
2. Spełnienie jednego z poniższych kryteriów:		
a) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% oraz udokumentowano spadek wartości FVC o co najmniej 10% lub spadek wartości FVC o co najmniej 5% i spadek TLCO a co najmniej 15% lub		
b) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% oraz wartość FVC stanowi <70% wartości należnej lub		
II. Dotyczy rozpoznania PF-ILD:		
1. Rozpoznanie układowej choroby tkanki łącznej, w tym RZS		
2. Spełnienie jednego z poniższych kryteriów:		
a) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% oraz udokumentowano spadek wartości FVC lub progresję włóknienia płuc zgodnie z opisem programu lekowego		
b) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% oraz wartość FVC stanowi <70% wartości należnej		
c) zmiany o typie włóknienia w badaniu TKWR zajmują co najmniej 20%		
III. Wartość ogólnej oceny aktywności choroby przez lekarza w skali PGA >1		
IV. Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego		
V. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		
VI. 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 rytuksymabem w programie lekowym Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

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/

4.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

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.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie rytuksymabem (w monoterapii/ w skojarzeniu z nintedanibem)* 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

* *niepotrzebne skreślić*

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 pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia tocilizumabem w programie Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko

PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Wnioskowane stosowanie tocilizumabu (w monoterapii/ w skojarzeniu z nintedanibem):.....

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE*
I. Dotyczy rozpoznania SSc-ILD:		
1. Rozpoznanie twardziny układowej zgodnie z rekomendacjami EULAR/ACR		
2. Spełnienie jednego z poniższych kryteriów:		
a) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% oraz udokumentowano spadek wartości FVC o co najmniej 10% lub spadek wartości FVC o co najmniej 5% i spadek TLCO a co najmniej 15% lub		
b) zmiany włókniste w badaniu TKWR zajmują co najmniej 10% oraz wartość FVC stanowi <70% wartości należnej lub		
III. Wartość ogólnej oceny aktywności choroby przez lekarza w skali PGA >1		
IV. Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego		
V. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		
VI. 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 tocilizumabem w programie lekowym Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

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/

5.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

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.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie tocilizumabem (w monoterapii/ w skojarzeniu z nintedanibem)* 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

* *niepotrzebne skreślić*

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 chorób ultraradkich oraz weryfikację jego skuteczności

1.	Charakterystyka świadczenia	
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	<ol style="list-style-type: none"> 1) Leczenie pacjentów z chorobą 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 tyrozynemii 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	<ol style="list-style-type: none"> 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. ____ ^{1), 2), *)}
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. _____

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/

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) ROD

II A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną do Zespołu Koordynacyjnego – na wnioskach 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. ____ ^{1), 2)} *)
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. _____

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 odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

71. Badanie aktywności enzymu β -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 (należy podać wymiary)

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 (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody)

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 _____

98. AST data badania _____

99. ALT data badania _____

100. Oznaczenie poziomu cholesterolu całkowitego, LDL, HDL data badania _____

100. vit. D, vit B12, vit. E data badania _____

101. Chitotriozydaza data badania _____

102. Układ krzepnięcia (APTT, INR) data badania _____

103. Oznaczenie poziomu biomarkera Lyso-GB1 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. Potwierdzam, że pacjent spełnia ogólne kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego.

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

111. Imię _____ 112. 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 β -glukocerebrozydazy, poziomu biomarkera Lyso-GB1, aktywności chitotriozydazy 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 PACJENTÓW Z CHOROBA GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III

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 (nazwa substancji czynnej którą pacjent jest leczony, 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. Ocena tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania			

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 180 dni) _____		
27. Układ krzepnięcia APTT, INR (co 180 dni)		
28. Oznaczenie poziomu biomarkera Lyso-GB1 (co 365 dni)		
26. EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem) (co 365 dni) _____		
30. Inne badania (jakie i kiedy wykonano) _____		
31. Ocena miana przeciwciał przeciwko imiglucerazie lub welaglucerazie – 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:

32. Wynik i data konsultacji kardiologicznej (co 365 dni) (w uzasadnionych przypadkach) _____

27. Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich (co 365 dni) _____

28. Wynik i data konsultacji ortopedycznej w uzasadnionych przypadkach (co 365 dni) _____

35. Wynik i data konsultacji neurologicznej , EEG, MRI OUN w uzasadnionych przypadkach (co 365 dni) _____

29. Spirometria u pacjentów > 7 roku życia w uzasadnionych przypadkach (co 365 dni) _____

30. Wynik i data USG jamy brzusznej z oceną wielkości wątroby i śledziony – należy podać wymiary (co 180 dni) _____

31. USG układu sercowo-naczyniowego w przypadku nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym (co 365 dni) _____

32. RTG płuc (co 365 dni) _____

40. Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie) (co 365 dni)

41. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

42. Informacje dotyczące zmiany leku na podstawie kryteriów opisanych w aktualnie obowiązującym programie lekowym – należy wskazać kryterium zmiany leku zgodne z opisem programu lekowego, datę zmiany leku, dawkę leku oraz podać istotne informacje dot. zmiany leku _____

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 PACJENTÓW Z CHOROBA 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/

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. ____ ^{1), 2) *)}
53. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N),
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. _____

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 α -L-iduronidazy _____ (zakres normy _____),

73. Data badania _____

74. Ilość wydalaných mukopolisacharydów (glikozaminoglikanów) z moczem mg/g kreatyniny _____ (zakres normy _____),

75. poziom przeciwciał przeciwko α -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 α -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/

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. 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. _____^{1),2),*)}
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 genetycznego¹:

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 _____

¹ 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 psychologiczne, 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 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*

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/

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 ^{*)} _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl ^{*)} _____ 39. Data pomiaru _____
40. Obwód głowy (cm) _____ 41. centyl ^{*)} _____ 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. ____ ^{1), 2) *)}
49. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), _____
_____ gdy N proszę opisać nieprawidłowości

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ 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 D₃ _____ (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 ₃			
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 ^{*)} _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl ^{*)} _____ 39. Data pomiaru _____
40. Powierzchnia ciała (m²) _____

*) 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. ____ ^{1), 2)} *)
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy N proszę wypełnić następujący 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) _____

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. 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			
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 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*

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/

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/

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. ____¹⁾, 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) _____

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 globotriaosylofingozyny (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/.

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 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*

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. ____ ^{1), 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/

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 ^{*)} _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl ^{*)} _____ 39. Data pomiaru _____
40. Powierzchnia ciała (m²) _____

**) 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. ____ ^{1), 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. 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 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 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*

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/

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

o kwalifikację berotralstatem / lanadelumabem*

***należy zaznaczyć**

(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,*

*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 esterazy 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 esterazy 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-esterazy 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. Fosfataza alkaliczna - dla berotralstatu _____ (zakres normy _____),

69. Data badania _____

70. Kreatyniny (eGFR)- dla berotralstatu _____ (zakres normy _____),

71. Data badania _____

72. EKG- w przypadku wskazań klinicznych, dla berotralstatu

73. Data badania _____

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

75. Imię _____

76. 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 PROGRIEMIE 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,*

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/

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.

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 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*

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/

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/

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 obowiązujących 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 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*

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/

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 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		
Badanie RTG kości (data badania, wynik)		
Badanie USG nerek (data badania, wynik)		
Ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS		

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 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*

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/

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 NIEDOBREM 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 ≥ 18 r.ż.) [data badania _____]
43. aktywność chitotriozydazy [data badania _____]
44. USG jamy brzusznej z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony [data badania _____]
45. USG jamy brzusznej z oceną objętości (z podaniem wymiarów) wątroby [data badania _____]
46. MRI jamy brzusznej z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony [data badania _____]
47. MRI jamy brzusznej z oceną objętości (z podaniem wymiarów) wątroby [data badania _____]
48. Objętość śledziony lub jej fragmentu ≥ 5 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą MRT (w przypadku

dzieci)

49. Objętość śledziony lub jej fragmentu ≥ 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. 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		
Konsultacja neurologiczna [data badania _____]		
Konsultacja pulmonologiczna [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]		

57. 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:

58. Imię _____ 59. 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-sphingomyelin		
Cholesterol całkowity		
Triglicerydy		
LDH		
HDL		
MRI i USG jamy brzusznej z oceną objętości wątroby i śledziony (z podaniem wymiarów) [data badania _____] [USG obligatoryjne, natomiast MRI jedynie w przypadku stwierdzenia zwiększenia objętości śledziony lub wątroby w badaniu USG sugerujące możliwość spełnienia kryterium wyłączenia zgodnie z aktualnie obowiązującym opisem programu lekowego]		
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 _____]
Konsultacja neurologiczna [data badania _____]
Konsultacja pulmonologiczna [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]
Konsultacja ortopedyczna [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]
Pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost) z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania [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/

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*

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		
Badanie RTG kośćca [data badania _____]		
Badanie densytometryczne DXA – u pacjentów powyżej 5 r.ż. [data badania _____]		
Badanie USG nerek [data badania _____]		
Test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku pacjentów chodzących [data badania _____]		
Pomiary antropometryczne [data badania _____]		
Masa ciała Wzrost		
Konsultacja ortopedyczne [data badania _____]		

Konsultacja okulistyczna [data badania _____]
Dodatkowe uwagi/informacje:

*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/

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	
Ocena wieku kostnego	
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 pieczętka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

44. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka 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 liczbową	
SDS	
Wzrost/długość ciała	
Wartość liczbową	
SDS	
Długość tułowia	
Długość kończyn dolnych	
Obwód głowy	
Wartość liczbową	
SDS	
Obwód klatki piersiowej	
Wartość liczbową	
SDS	
Ocena obwodu talii	
Wartość liczbową	
SDS	
BMI – z podaniem centyla	
WHR	
Tempo wzrastania cm/rok	
Ocena wieku kostnego	
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 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*

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/

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/ μ l

Data badania 2): _____ wynik: _____ komórek/ μ 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/ μ 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-PDGFRA	<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-PDGFRA	<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 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*

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 pieczęć zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do leczenia,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data

nadruk lub pieczęć zawierające
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/

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

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem (nAMD) oraz weryfikacja skuteczności leczenia, kwalifikacja do leczenia cukrzycowego obrzęku płamki (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 płamki 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.
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 lub zmianę leku 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):.....

Numer pacjenta w programie (dotyczy zmiany leku):.....

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/podanie implantów doszklistkowych		
3. Brak aktywnych włóknisto-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 anti-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/zmianie leku 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 lub zmiany 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: deksametazon

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/

2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia lub zmianę terapii 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/

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 deksametazonem 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.

Załącznik nr 11 do zarządzenia nr 11/2026/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 28 stycznia 2026 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację i weryfikację skuteczności leczenia nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH)

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	Kwalifikacja i weryfikacja skuteczności leczenia nocnej napadowej hemoglobinurii
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	D 59.5 - Nocna napadowa hemoglobinuria
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii
1.6	jednostka koordynująca	Instytut Matki i Dziecka 01-211 Warszawa ul. Kasprzaka 17a
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści z dziedzin medycyny właściwych dla programu lekowego
1.8	zasady weryfikacji skuteczności leczenia chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji i weryfikacji zostały określone w opisie programu lekowego; 2) kwalifikacja i weryfikacja skuteczności leczenia ekulizumabem w zakresie nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH) dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych lub w oparciu o wnioski określone 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 pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)

Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH) – iptakopan

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko	PESEL
Nr pacjenta w systemie SMPT:	

W przypadku kwalifikacji pacjenta leczonego wcześniej substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii proszę podać: sposób finansowania.....

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek z nr tel. kontaktowym i adresem e-mail:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Badania:

Nazwa badania	Wynik badania (zgodnie z opisem programu lekowego) - do wniosku można dołączyć kopię wyników badań
badanie erytrocytów, granulocytów oraz monocytów w cytometrze przepływowym pod kątem obecności klonu PNH	
aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH)	
morfologia krwi obwodowej z rozmazem	
ocena liczby retikulocytów	
czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)	
czas protrombinowy (PT)	
fibrynogen	
bezpośredni test antyglobulinowy (BTA)	
oznaczenie grupy krwi	
stężenie kreatyniny w surowicy krwi	
stężenie mocznika w surowicy krwi	
aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT);	
stężenie bilirubiny całkowitej i bezpośredniej w surowicy krwi	
stężenie haptoglobiny (Hp) w surowicy krwi	
stężenie sodu w surowicy krwi	
stężenie potasu w surowicy krwi	
badanie ogólne moczu	
test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym	
badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żyłnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa	

(TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI)	
---	--

Informacje o spełnieniu kryteriów kwalifikacji - zgodnie z opisem programu lekowego – proszę uzupełnić właściwe pole lub wpisać nie dotyczy

<p align="center">Leczenie iptakopanem - chorzy nieleczeni uprzednio inhibitorem C5:</p> <p>Zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej i co najmniej jeden z poniższych:</p> <p>a) objawy hemolizy związane z PNH oraz (łącznie):</p> <ul style="list-style-type: none"> • aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH) $\geq 1,5$ przekraczająca górną granicę normy (GGN), • niedokrwistość (stężenie hemoglobiny <10 g/dL); • co najmniej jedno z powikłań związanych z hemolizą: <ul style="list-style-type: none"> - niewydolność nerek, - nadciśnienie płucne, - znaczne zmęczenie ocenione wg FACIT upośledzające codzienną aktywność; <p>b) zakrzepica lub poważne zdarzenie naczyniowe w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zakrzepowe zapalenie żył głębokich/zakrzepica żył głębokich, • zator tętnicy płucnej, • zdarzenia mózgowo-naczyniowe, • amputacja, • zawał mięśnia sercowego, • napad przemijającego niedokrwienia, • niestabilna dławica piersiowa, • zakrzepica żyły nerkowej, • zakrzepica żył krezkowych, • zakrzepica żyły wrotnej, • zgorzel, • ostre zamknięcia naczyń obwodowych; <p>Uwagi:</p>
<p align="center">Leczenie iptakopanem - chorzy po terapii inhibitorem C5:</p> <p>Zdiagnozowana nocna napadowa hemoglobinuria z obecnością klonu PNH >1% oznaczonego w badaniu cytometrii przepływowej;</p> <p>Obecność niedokrwistości (stężenie hemoglobiny <10 g/dL) w trakcie leczenia inhibitorem C5 (ekulizumabem lub rawulizumabem) przez co najmniej 3 ostatnie miesiące;</p> <p>Uwagi:</p>

Informacja o szczepieniach i profilaktyka antybiotykowa:

--

Dodatkowe informacje wynikające z opisu programu lekowego tj.:

- w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

Proszę odnieść się do powyższych kryteriów:

Uwagi:

Data:

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

Wniosek o ocenę efektu leczenia weryfikowanego po 3 miesiącach/ kontynuację leczenia pacjenta w programie lekowym Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH) iptakopanem

- skierowanie wniosku do Zespołu Koordynacyjnego zgodnie z kryteriami określonymi w opisie programu lekowego

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko	
PESEL	
Nr pacjenta w systemie SMPT	
Wiek pacjenta	
Data wystawienia wniosku	
Świadczeniodawca wystawiający wniosek z nr tel kontaktowym i adresem e-mail	

Badania:

Nazwa badania	Wynik badania - do wniosku można dołączyć kopię wyników badań
badanie obecności klonów PNH w cytometrze przepływowym (6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia i następne co 6 miesięcy)	
aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH)	
morfologia krwi z rozmazem	
stężenie kreatyniny w surowicy krwi	
stężenie mocznika w surowicy krwi	
aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)	
stężenie bilirubiny całkowitej	
Aplazja szpiku	Tak / Nie

Ocena skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach terapii:

--

Dodatkowe informacje:

--

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 nocną napadową hemoglobinurią (PNH)

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: iptakopan

Decyzja: Pozytywna/Negatywna/Przerwanie terapii

Data decyzji:.....

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii

Dodatkowe informacje:

--

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/

Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)

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.

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.

Załącznik nr 12 do zarządzenia nr 11/2026/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 28 stycznia 2026 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na ataksję Friedreicha oraz weryfikację skuteczności leczenia

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia ataksji Friedreicha oraz weryfikacja skuteczności leczenia
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	B.174 Leczenie chorych na ataksję Friedreicha
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	G11.1 - Ataksja mózdkowa o wczesnym początku
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny do spraw Leczenia chorych na ataksję Friedreicha
1.6	jednostka koordynująca	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku 80-952 Gdańsk ul. Dębinki 7
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
1.9	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 – porada lekarska, konsultacja, asysta

Załącznik nr 13 do zarządzenia nr 11/2026/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 28 stycznia 2026 r.

Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha

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 2025 r. poz. 907 i 1192), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha w składzie:

- 1) prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski, Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologii, ordynator Kliniki Neurologii Dorosłych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku – Przewodniczący Zespołu;
- 2) dr n. med. Anna Sobańska, Zakład Neurofizjologii Klinicznej, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie – Zastępca Przewodniczącego;
- 3) prof. dr hab. n. med. Barbara Steinborn, Katedra i Klinika Neurologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu - Zastępca Przewodniczącego;
- 4) dr n. med. Mariusz Kwarciany, Klinika Neurologii Dorosłych, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku – Sekretarz Zespołu;
- 5) dr hab. Magdalena Koszewicz, prof. nadzw., Oddział Kliniczny Neurologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu;
- 6) prof. dr hab. n. med. Katarzyna Kotulska-Jóźwiak, Klinika Neurologii i Epileptologii, Instytut „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie;
- 7) dr n. med. Magdalena Krygier, Klinika Neurologii Rozwojowej, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
- 8) prof. dr hab. n. med. Maria Mazurkiewicz-Beldzińska, Klinika Neurologii Rozwojowej Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
- 9) prof. dr hab. n. med. Justyna Paprocka, Katedra i Klinika Neurologii Dziecięcej, Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach;
- 10) prof. dr hab. dr hab. n. med. Joanna Pera, Oddział Kliniczny Neurologii, Szpital Uniwersytecki w Krakowie.

Załącznik nr 14 do zarządzenia nr 11/2026/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 28 stycznia 2026 r.

Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastaut lub z zespołem Dravet

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 2025 r. poz. 907 i 1192), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastaut lub z zespołem Dravet w składzie:

- 1) prof. dr hab. n. med. Justyna Paprocka, Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach - Przewodnicząca Zespołu;
- 2) dr n. med. Magdalena Bosak, Szpital Uniwersytecki w Krakowie - Zastępca Przewodniczącej;
- 3) dr hab. n. med. Anna Winczewska-Wiktor, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu - Zastępca Przewodniczącej;
- 4) dr hab. n. med. Joanna Siuda, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Śląskiego Uniwersytetu Medycznego - Sekretarz Zespołu;
- 5) prof. dr hab. n. med. Joanna Jędrzejczak, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego CMKP w Warszawie;
- 6) prof. dr hab. n. med. Katarzyna Kotulska-Jóźwiak, Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie;
- 7) prof. dr hab. n. med. Maria Mazurkiewicz-Beldzińska, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
- 8) dr n. med. Łukasz Przysło, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi;
- 9) prof. dr hab. n. med. Barbara Steinborn, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 10) dr n. med. Katarzyna Stopińska, Szpital Bielański w Warszawie.

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 2025 r. poz. 1461, 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 lekowe.

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 lekowe (z późn. zm.), dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2026 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 100), 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 2025 r. poz. 907, z późn. zm.).

Najważniejsze zmiany dotyczą:

1) brzmienia § 9 pkt 4, § 10 ust. 2, § 19 oraz § 20 – zmiana porządkująca w związku z wydanym zarządzeniem nr 107/2025/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2025 r.;

2) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego *Katalog świadczeń i zakresów* i polegają na:

a) zmianie nazwy zakresu o kodzie: 03.0000.464.02 na: Leczenie pacjentów z zakrzepową plamicą małopłytkową;

b) dodaniu zakresu o kodzie 03.0000.478.02 Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego,

c) dodaniu możliwości rozliczania produktu o kodzie 5.08.07.0000023 kwalifikacja do leczenia w programie lekowym oraz weryfikacja jego skuteczności w ramach zakresu o kodzie 03.0000.454.02 Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

3) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego *Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych* i polegają na:

a) zmianie nazwy świadczenia o kodzie:

- 5.08.08.0000214 na Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 1 rok terapii - rawulizumab, krowalimab, iptakopan,

- 5.08.08.0000268 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zakrzepową plamicą małopłytkową (kaplacyzumab),

b) dodaniu świadczeń o kodach:

- 5.08.08.0000333 Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (tobramycyna) - 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000334 Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (tobramycyna) - 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000335 Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (lewofloksacyna) - 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000336 Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (lewofloksacyna) - 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000337 Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – mirwetuksymab sorawtanzyina – 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000338 Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – mirvetuksymab sorawtanazyňa – 2 i kolejne lata terapii,
- 5.08.08.0000339 Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 1 rok terapii – 1 rok terapii,
- 5.08.08.0000340 Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 2 i kolejny rok terapii,
- 5.08.08.0000341 Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w monoterapii – 1 rok terapii,
- 5.08.08.0000342 Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w monoterapii – 2 i kolejny rok terapii,
- 5.08.08.0000343 Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 1 rok terapii,
- 5.08.08.0000344 Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 2 i kolejny rok terapii,
- 5.08.08.0000345 Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok terapii – iptakopan,
- 5.08.08.0000346 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrodzoną zakrzepową płamicą małopłytkową- 1 rok terapii (rADAMTS13),
- 5.08.08.0000347 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrodzoną zakrzepową płamicą małopłytkową- 2 i kolejny rok terapii (rADAMTS13),
- 5.08.08.0000348 Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego – 1 rok terapii,
- 5.08.08.0000349 Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego – 2 i kolejny rok terapii,
- c) świadczenie o kodzie 5.08.08.0000034 Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą zastąpione zostało nowymi świadczeniami o kodach: 5.08.08.0000333, 5.08.08.0000334, 5.08.08.0000335, 5.08.08.0000336,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

4) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego *Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych* i polegają na:

a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000018 Etanerceptum,
- 5.08.09.0000068 Omalizumabum,
- 5.08.09.0000071 Fingolimodum,
- 5.08.09.0000073 Ustekinumabum,
- 5.08.09.0000095 Afliberceptum,
- 5.08.09.0000108 Dimethylis fumaras,
- 5.08.09.0000126 Teriflunomidum,
- 5.08.09.0000142 Eltrombopagum,
- 5.08.09.0000205 Lanadelumabum,
- 5.08.09.0000262 Acidum carglumicum,
- 5.08.09.0000263 Bimekizumabum,
- 5.08.09.0000272 Zanubrutinibum,

- 5.08.09.0000354 Infliximabum,
- b) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnych:
 - 5.08.09.0000006 Bevacizumabum,
 - 5.08.09.0000022 Factor VIII coagulationis humanus,
 - 5.08.09.0000023 Factor VIII coagulationis humanus recombinatum,
 - 5.08.09.0000267 Filgotinibum,
- c) usunięciu substancji czynnych i kodów GTIN:
 - 5.08.09.0000104 Ledipasvirum, sofosbuvirum,
 - 5.08.09.0000138 Afliberceptum,
- d) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:
 - 5.08.09.0000355 Berotralstatum,
 - 5.08.09.0000356 Iptacopan,
 - 5.08.09.0000357 Pentozanu wielosiarczan sodowy,
 - 5.08.09.0000358 rADAMTS13,
 - 5.08.09.0000359 Sotatercept (amp.-strzyk.),
 - 5.08.09.0000360 Sotatercept (fiol.),
 - 5.08.09.0000361 Tislelizumabum,
 - 5.08.09.0000362 Risdiplamum,
- e) usunięciu oznaczenia substancji czynnych o kodach: 5.08.09.0000218 Givosiranum oraz 5.08.09.0000285 Enfortumabum vedotini jako technologie lekowe o wysokim poziomie innowacyjności,
- f) usunięciu oznaczenia substancji czynnej o kodzie: 5.08.09.0000289 Cannabidiolum jako technologia lekowa o wysokiej wartości klinicznej,
- g) dodaniu oznaczenia substancji czynnej o kodzie: 5.08.09.0000358 rADAMTS13 jako technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności,
- h) usunięciu oznaczenia substancji czynnej o kodzie: 5.08.09.0000105 Nitisinonum jako substancji, której średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia,
- i) dodaniu oznaczenia substancji czynnych o kodach:
 - 5.08.09.0000068 Omalizumabum,
 - 5.08.09.0000095 Afliberceptum,
 - 5.08.09.0000142 Eltrombopagum,
 jako substancji, których średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia,
 - w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;
- 5) załącznika nr 2t do zarządzenia, określającego Katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych i polegają na dodaniu produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.07.000123 tocilizumabum – s.c., zgodnie z wydaną przez Ministra Zdrowia decyzją o objęciu refundacją dla produktu Tylene oraz wydaną zgodą Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych nr UR/Z/4c/275/25 z 21.10.2025 r. wydaną w trybie art. 4c pkt. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 750, z późn. zm.);
- 6) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego *Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych* i polegają na:
 - a) zmianie wymagań dla programu B.58. Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka w części zapewnienie realizacji badań,

b) dodaniu wymagań dla programu B.178. Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego,

w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

7) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego *Wykaz programów lekowych* i polegają na:

a) zmianie nazwy zakresu o kodzie: 03.0000.464.02 na: Leczenie pacjentów z zakrzepową płamicą małopłytkową,

b) dodaniu substancji czynnych:

- tislelizumab w programie lekowym B.6. Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej oraz w programie B.58. Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka,

- sotatercept w programie lekowym B.31. Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP),

- iptakopan w programie lekowym B.96. Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH),

- berotralstat w programie lekowym B.122. Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu,

- bimekizumab w programie lekowym B.161. Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS),

- rADAMTS13 w programie lekowym B.164. Leczenie pacjentów z zakrzepową płamicą małopłytkową,

- polisiarczan pentošanu sodu w programie lekowym B.178. Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego,

c) usunięciu substancji czynnych:

- aflibercept w programie lekowym B.4. Leczenie chorych na raka jelita grubego,

- ledipaswirum + sofosbuvir w programie lekowym B.71. Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C,

d) dodaniu programu lekowego B.178. Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego,

e) usunięciu oznaczenia substancji giwosyran (B.128.) oraz enfortumab wedotyny (B.141.FM.) jako technologie lekowe o wysokim poziomie innowacyjności,

f) usunięciu oznaczenia substancji kannabidiol (B.154.FM.) jako technologia lekowa o wysokiej wartości klinicznej,

g) dodaniu oznaczenia substancji czynnej rADAMTS13 (B.164.) jako technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

8) załącznika nr 5 do zarządzenia, określającego *Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych* i polegają na zmianie wartości progów kosztowych dla substancji czynnych o kodach:

a) 5.08.09.0000033 infliximabum z 2,4977 na 2,2144,

b) 5.08.09.0000054 rytuksymabum z 2,3983 na 2,1311,

po analizie średnich cen leków w miesiącu październiku 2025 r., mających obowiązywać od 1 lutego 2026 r.;

9) załączników nr 9, 10, 12 i 17 do zarządzenia, określających zakresy działania zespołów koordynacyjnych, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

10) załącznika nr 36b do zarządzenia, określającego Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na ataksję Friedreicha oraz weryfikację skuteczności leczenia, w związku z udostępnieniem możliwości kwalifikacji pacjentów za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych;

11) załącznika nr 64b i 64c do zarządzenia, określających powołania odpowiednio Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha oraz Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia

pacjentów z zespołem Lennox-Gastaut lub z zespołem Dravet, w związku z określeniem funkcji członków zespołów.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.

Wobec powyższego przepisy zarządzenia stosuje się do świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2026 r., z wyjątkiem:

- 1) załącznika nr 2t w zakresie lp. 9, którą stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 21 października 2025 r.,
- 2) załącznika nr 5 w zakresie lp. 4 – 9 oraz 16, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lutego 2026 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 dniach od 2 do 16 stycznia 2026 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe.

W trakcie konsultacji do ww. projektu zarządzenia odniosło się 14 podmiotów, przy czym 8 podmiotów przekazało informację o braku uwag do projektu zarządzenia.

Uwzględniona uwaga dotyczy załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych i polega na zmianie jednostki rozliczeniowej dla produktu Winrevair z *mg* na:

1) *amp.-strzyk.* dla leków o kodach GTIN: 00191778024371 i 00191778024401 (produkt rozliczeniowy o kodzie 5.08.09.0000359 Sotatercept),

2) *fiol.* dla leków o kodach GTIN: 00191778024395 i 00191778024388 (produkt rozliczeniowy o kodzie 5.08.09.0000360 Sotatercept),

- zgodnie z wydanymi przez Ministra Zdrowia decyzjami o objęciu refundacją, a także w związku z uwagą zgłoszoną przez firmę MSD Polska Dystrybucja Sp. z o.o.

Dodatkowo, zgodnie z wydanymi przez Ministra Zdrowia decyzjami o objęciu refundacją dla produktu Adzynma dla leków o kodach GTIN: 07038319165939 i 07038319165922, wprowadzona została również zmiana jednostki rozliczeniowej z *I.U.* na *fiol.* (produkt rozliczeniowy o kodzie 5.08.09.0000358 rADAMTS13).

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.