

Opis świadczenia

KWALIFIKACJA I WERYFIKACJA LECZENIA PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	nazwa świadczenia	Kwalifikacja i weryfikacja leczenia pierwotnych niedoborów odporności
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	<p>- D80 Niedobory odporności z przewagą defektu odporności humoralnej, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • D80.0 Dziedziczna hipogammaglobulinemia; • D80.1 Nierodzinna hipogammaglobulinemia; • D80.3 Wybiórczy niedobór podklas immunoglobulin G (IgG); • D80.4 Wybiórczy niedobór immunoglobulin M (IgM); • D80.5 Niedobór odporności ze zwiększonym stężeniem immunoglobulin M (IgM); • D80.6 Niedobór przeciwciał ze stężeniem immunoglobulin zbliżonym do normy lub z hiperimmunoglobulinemią; • D80.8 Inne niedobory odporności z przewagą defektów przeciwciał; • D80.9 Nieokreślony niedobór odporności z przeważającym defektem przeciwciał; • D81.9 Nieokreślone złożone niedobory odporności <p>- D82 Niedobór odporności skojarzony z innymi poważnymi wadami, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • D82.0 Zespół Wiskotta-Aldricha; • D82.1 Zespół Di George'a; • D82.3 Niedobór odporności towarzyszący dziedzicznej wadliwej odpowiedzi na zakażenie wirusem Epstein-Barr; • D82.8 Niedobór odporności skojarzony z innymi określonymi poważnymi wadami; • D82.9 Nieokreślony niedobór odporności skojarzony z poważnymi wadami <p>- D83 Pospolity zmienny niedobór odporności, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> • D83.0 Pospolity zmienny niedobór odporności z przewagą zaburzeń funkcji lub liczebności komórek B; • D83.1 Pospolity zmienny niedobór odporności z przewagą zaburzeń dotyczących immunoregulacyjnych komórek T; • D83.8 Inne pospolite zmienne niedobory odporności; • D83.9 Nieokreślony pospolity zmienny niedobór odporności; <p>- D89.9 Nieokreślone zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych</p>
1.3	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	Brak danych u osób dorosłych w Polsce (przyjmuje się, że w populacji kaukaskiej częstość występowania ok. 1 na 10 000 osób).
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	Zespół Koordynacyjny dokonuje kwalifikacji chorych do uczestnictwa w programie lekowym w oparciu o opis przedmiotowego programu. Rozpoczęcie terapii następuje wyłącznie po pozytywnej kwalifikacji pacjenta do leczenia przez Zespół Koordynacyjny.

		Kwalifikacja oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o: 1. ocenę stanu zdrowia pacjenta, 2. analizę dokumentacji medycznej.
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 - badanie i porada lekarska, konsultacja
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	w przypadku pozytywnej kwalifikacji - włączenie do właściwego programu lekowego
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania)	<ul style="list-style-type: none"> - poprawa stanu klinicznego - poprawa kontroli choroby - ograniczenie powikłań i związanych z tym hospitalizacji (infekcje) - wcześniejsze wykrycie nowotworów (chłoniaki) - poprawa jakości życia chorych
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	Zgodne z zapisami w charakterystyce produktu leczniczego, dla poszczególnych preparatów immunoglobulin.
2.	Warunki wykonania	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	została określona w opisie programu <i>Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych</i>
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	<ul style="list-style-type: none"> - ograniczenie ilości i ciężkości powikłań u chorych - zahamowanie postępu choroby - poprawa jakości życia chorych
2.3	średni czas udzielania świadczenia	zgodnie z kryteriami opisanymi w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	<ul style="list-style-type: none"> - program archiwizacji danych dotyczących programów lekowych w systemie komputerowym (SMPT), wypełniany przez lekarzy prowadzących i przez Zespół Koordynacyjny.
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	<p>Ośrodek będący realizatorem przedmiotowego świadczenia musi zapewnić warunki do realizacji następujących zadań Zespołu Koordynacyjnego:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nadzorowanie zgłaszalności przez poszczególne ośrodki chorych do leczenia, - nadzorowanie procesu diagnostycznego prowadzonego przez poszczególne ośrodki tak, aby od chwili kwalifikacji do zastosowania leczenia upłynął możliwie najkrótszy okres czasu, - zapewnienie niezakłóconego, ciągłego przepływu informacji pomiędzy ośrodkami prowadzącymi terapię i ośrodkiem koordynującym, o skuteczności prowadzonego leczenia i ewentualnych działaniach ubocznych, - aktualizacja i nadzór nad prowadzonym rejestrem zgodnym z wymaganiami programu oraz prowadzenie archiwum niezbędnego dla potrzeb sprawozdawczości i analiz
2.6	kwalifikacje specjalistów	<ul style="list-style-type: none"> - lekarze ze specjalizacją w zakresie immunologii klinicznej, chorób wewnętrznych, chorób płuc, hematologii
2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	<ul style="list-style-type: none"> - lekarze ze specjalizacją w zakresie immunologii klinicznej z podstawową specjalizacją z chorób wewnętrznych lub lekarze wyspecjalizowani w dziedzinie immunologii klinicznej w systemie modułowym, w którym moduł podstawowy obejmował choroby wewnętrzne, lekarze ze specjalizacją w zakresie chorób wewnętrznych, lekarze ze specjalizacją w zakresie chorób płuc, lekarze ze specjalizacją w zakresie hematologii

2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	- immunologia kliniczna
3.	Skuteczność medyczna i ekonomiczna	
3.1	specyfikacja kosztów świadczenia	6,25 pkt.
3.2	potwierdzenie skuteczności procedury medycznej z podaniem stopnia ufności wyniku (korzyści uzyskane dzięki jej zastosowaniu — efektywność medyczna)	<ul style="list-style-type: none"> - poprawa jakości życia chorych objętych terapią - wydłużenie czasu przeżycia chorych - ograniczenie nasilenia powikłań
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	- według aktualnie obowiązujących standardów i wytycznych

Wzór wniosku o leczenie preparatami immunoglobulin dorosłych pacjentów z pierwotnymi niedoborami odporności

Zespół Koordynujący ds. leczenia pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych

Wniosek o przydzielenie preparatu immunoglobulin

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia preparatami immunoglobulin dorosłych pacjentów z pierwotnymi niedoborami odporności

Dane personalne pacjenta:

Imię: _____
Nazwisko: _____
PESEL: _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

Pełna nazwa _____
Miejscowość _____ Kod _____
Ul. _____ Nr _____
Tel. _____ Fax _____

Nr karty lub historii choroby pacjenta: _____
Adres e-mail do korespondencji z jednostką wystawiającą wniosek: _____

Lekarz wystawiający wniosek:

Imię i nazwisko _____

podpis i pieczęć lekarza

*podpis i pieczęć
Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii immunoglobulinami*

1. Kwalifikacja – wstępna ocena chorego

Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

Data rozpoznania PNO (D/M/R)

Rok pojawienia się pierwszych objawów sugerujących zaburzenia o charakterze PNO:

ROZPOZNANIE pierwotnego niedoboru odporności potwierdzone przez immunologa klinicznego:

Data potwierdzenia rozpoznania: _____

ICD 10	<input checked="" type="checkbox"/> Jeśli zaznaczono, konieczność wypełnienia załącznika nr:
D 80.0 <i>Dziedziczna hipogammaglobulinemia</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/1
D 80.1 <i>Nierodzinna hipogammaglobulinemia</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/2
D 80.3 <i>Wybiórczy niedobór podklas immunoglobulin G (IgG)</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/3
D 80.4 <i>Wybiórczy niedobór immunoglobulin M (IgM)</i>	<input type="checkbox"/> ➡
D 80.5 <i>Niedobór odporności ze zwiększonym stężeniem IgM</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/4
D 80.6 <i>Niedobór przeciwciał ze stężeniem immunoglobulin zbliżonym do normy lub z hiperimmunoglobulinemią</i>	<input type="checkbox"/> ➡
D 80.8 <i>Inne niedobory odporności z przewagą defektów przeciwciał</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/5
D 80.9 <i>Nieokreślony niedobór odporności z przeważającym defektem przeciwciał</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/5
D 81.9 <i>Nieokreślone złożone niedobory odporności</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/6
D 82.0 <i>Zespół Wiskotta- Aldricha</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/7
D 82.1 <i>Zespół Di George'a</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/8
D 82.3 <i>Niedobór odpowiedzi towarzyszący dziedzicznej wadliwej odpowiedzi na zakażenie wirusem Epstein-Barr</i>	<input type="checkbox"/> ➡
D 82.8 <i>Niedobór odpowiedzi skojarzony z innymi określonymi poważnymi wadami</i>	<input type="checkbox"/> ➡
D 82.9 <i>Nieokreślony niedobór odporności skojarzony z poważnymi wadami</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/9
D 83.0 <i>Pospolity zmienny niedobór odporności z przewagą zaburzeń funkcji lub liczebności komórek B</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/10
D 83.1 <i>Pospolity zmienny niedobór odporności z przewagą zaburzeń dotyczących immunoregulacyjnych limfocytów T</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/10
D 83.8 <i>Inne pospolite zmienne niedobory odpornościowe</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/10
D 83.9 <i>Nieokreślony pospolity zmienny niedobór odporności</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/10
D 89.9 <i>Nieokreślone zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych.</i>	<input type="checkbox"/> ➡ Zał. Nr I/11

Po określeniu ICD 10 – wypełnij kryteria rozpoznania zgodnie z Załącznikiem I – Kryteria rozpoznania.

Wykluczono inne przyczyny zaburzeń odporności **TAK** ☐ **NIE** ☐

Badanie przedmiotowe:

	Bez zmian	Odchylenia w badaniu przedmiotowym	Nie badano
Głowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szyja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gardło	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarczyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klatka piersiowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Układ oddechowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jama brzuszna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Układ moczowo-płciowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obwodowe węzły chłonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skóra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Układ nerwowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeśli odchylenia - opisz jakie:

Jakość życia

Chory wypełnił kwestionariusz EQ-5D **TAK** ☐ **NIE** ☐

Chory wypełnił kwestionariusz SF-12 **TAK** ☐ **NIE** ☐

Jeśli tak: Dane z kwestionariuszy należy umieścić na wzorach umieszczonych poniżej:

Zaznaczając symbolem ☒ jeden kwadrat w każdej grupie podanej poniżej, wybierz zdanie najlepiej określające stan Twojego zdrowia dzisiaj.

Zdolność poruszania się

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Nie mam problemów z chodzeniem | <input type="checkbox"/> |
| Mam trochę problemów z chodzeniem | <input type="checkbox"/> |
| Muszę pozostawać w łóżku | <input type="checkbox"/> |

Samoopieka

- | | |
|--|--------------------------|
| Nie mam żadnych problemów z samoopieką | <input type="checkbox"/> |
| Mam trochę problemów z myciem i ubieraniem się | <input type="checkbox"/> |
| Nie mogę sam się umyć ani ubrać | <input type="checkbox"/> |

Zwykła działalność (np. praca, nauka, zajęcia domowe, aktywność rodzinna, zajęcia w czasie wolnym)

- | | |
|--|--------------------------|
| Nie mam problemów z wykonywaniem moich zwykłych czynności | <input type="checkbox"/> |
| Mam trochę problemów z wykonywaniem moich zwykłych czynności | <input type="checkbox"/> |
| Nie mogę wykonywać moich zwykłych czynności | <input type="checkbox"/> |

Ból/dyskomfort

- | | |
|---|--------------------------|
| Nie odczuwam bólu ani dyskomfortu | <input type="checkbox"/> |
| Odczuwam umiarkowany ból lub dyskomfort | <input type="checkbox"/> |
| Odczuwam krańcowy ból lub dyskomfort | <input type="checkbox"/> |

Niepokój /przygnębienie

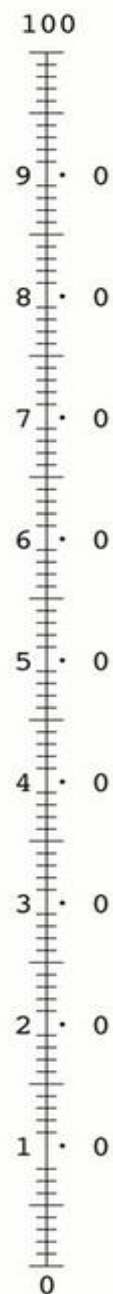
- | | |
|--|--------------------------|
| Nie jestem niespokojny ani przygnębiony | <input type="checkbox"/> |
| jestem umiarkowanie niespokojny lub przygnębiony | <input type="checkbox"/> |
| jestem krańcowo przygnębiony | <input type="checkbox"/> |

Aby umożliwić badanym ocenę, jak dobry lub zły jest ich stan zdrowia przygotowaliśmy skalę (podobną do skali termometru), na której najlepszy stan zdrowia jest oznaczony liczbą 100, a najgorszy stan zdrowia jaki można sobie wyobrazić jest oznaczony jako 0.

Chcielibyśmy, żebyś wskazał na skali, jak dobry lub zły jest według Ciebie stan Twojego zdrowia dzisiaj. Zrób to rysując linię z kostki poniżej do jakiegokolwiek punktu na skali, określając, jak dobry lub zły jest Twój aktualny stan zdrowia.

**Twój stan
zdrowia
dzisiaj**

Najlepszy
wyobrażalny stan



Najgorszy wyobrażalny
stan zdrowia

Kwestionariusz oceny jakości życia SF-12

1. Generalnie możesz powiedzieć, że stan Twojego zdrowia jest:

doskonały [] dobry [] niezadowalający []
bardzo dobry [] zadowalający []

2. Poniżej wymieniono w punktach czynności wykonywane zazwyczaj w ciągu dnia. Czy aktualnie Twoje zdrowie ogranicza Twoje możliwości ich wykonania? Jeśli tak, to jak bardzo?

Czynności	Bardzo ogranicza	Trochę ogranicza	Nie ogranicza wcale
a) Czynności o umiarkowanej trudności, takie jak przesuwanie stołu, odkurzanie, gra w kręgle, w golfa			
b) Pokonywanie kilku pięter schodów			

3. Czy w ostatnim miesiącu miałeś(-aś) problemy z pracą lub codzienną aktywnością, które wynikały ze stanu zdrowia i powodowały:

	TAK	NIE
a) Gorsze samopoczucie niż oczekiwałeś(-aś)?		
b) Ograniczenie w rodzaju pracy lub innych czynności?		

4. Czy w ciągu ostatniego miesiąca miałeś(-aś) problemy związane z wykonywaną pracą lub codziennymi czynnościami wynikającymi z problemów emocjonalnych (np. poczucie depresji, zdenerwowanie)?

	TAK	NIE
a) Osiągnięcia (rezultaty) mniejsze, niż oczekiwałąbyś(-abyś)		
b) Niemożność wykonywania pracy lub innej czynności tak starannie jak zwykle		

5. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca ból zakłócał Twoją normalną pracę (zawodową i domową)?

wcale [] średnio [] bardzo []
trochę [] nawet bardzo []

6. Poniższe pytania dotyczą Twojego samopoczucia w ciągu ostatniego miesiąca. Na każde pytanie proszę udzielić jednej odpowiedzi najbardziej zbliżonej do stanu faktycznego. Ile razy wystąpił dany objaw w ciągu ostatniego miesiąca?

	Cały czas	Dużo czasu	Mało czasu	Większość czasu	Jakiś czas	wcale
a) Byłeś(-aś) wyciszony(-a) i spokojny(-a)						
b) Byłeś(-aś) pełen(-na) energii						
c) Byłeś(-aś) załamany(-a) i smutny(-a)						
d) Twoje zdrowie ograniczało kontakty towarzyskie (spotkania z przyjaciółmi lub						

bliską rodziną)						
-----------------	--	--	--	--	--	--

Dane metryczne:

Masa ciała (w kg):

Wzrost (w cm):

Obwód brzucha (w cm)

Ciśnienie tętnicze (mmHg):

Czynność serca/minutę:

Zakażenia:**Zakażenia w roku poprzedzającym włączenie chorego do Programu Lekowego:**TAK ☐ NIE☐*Jeśli tak:*

Liczba zakażeń w roku:

Liczba infekcji ciężkich

Umiejscowienie:

Liczba infekcji:

- ☐ Górne drogi oddechowe
- ☐ Błona śluzowa nosa i zatok przynosowych
- ☐ Ucho środkowe
- ☐ Ucho zewnętrzne
- ☐ Dolne drogi oddechowe
- ☐ Przewód pokarmowy
- ☐ Górne drogi moczowe
- ☐ Dolne drogi moczowe
- ☐ Narządy rodne
- ☐ Gruczoł krokowy
- ☐ Skóra i tkanka podskórna
- ☐ Naczynia
- ☐ Układ kostno-stawowy
- ☐ Zakażenie narządowe
- ☐ Infekcja uogólniona/sepsa
- ☐ Inne: jakie:.....

Antybiotykoterapia w roku poprzedzającym włączenie chorego do Programu Lekowego:TAK ☐ NIE☐*Jeśli tak:*

Ile razy w roku:

Szczepienia profilaktyczne

Szczepienia profilaktyczne w roku poprzedzającym włączenie chorego do programu lekowego

TAK ☐ NIE☐*Jeśli tak: wpisz nazwę szczepionki i datę szczepienia:*

Lp.	Nazwa szczepionki:	Data szczepienia:
1.		
2.		
3.		

Schorzenia towarzyszące

SCHORZENIA TOWARZYSZĄCE: TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak: wypełnij załącznik dotyczący schorzeń towarzyszących (Załącznik nr II)

Leczenie towarzyszące

LECZENIE TOWARZYSZĄCE: TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak – wypełnij załącznik dotyczący leczenia towarzyszącego (Załącznik nr III)

Pacjent leczony wcześniej Ig: TAK ☐ NIE ☐

Jeśli TAK:

W ramach
JGP ☐

W ramach innego
programu lekowego ☐

W ramach tego
programu lekowego ☐

Uwaga: u pacjentów, którzy kontynuują terapię immunoglobulinami, należy przeprowadzić badania diagnostyczne zgodnie z harmonogramem monitorowania w trakcie programu lekowego

Jeśli NIE:

Wykonać należy wymienione poniżej badania diagnostyczne:

**Obecne Stężenie
IgG:**

g/l

Data badania (d/m/r):

**Stężenie IgG przed pierwszym podaniem
immunoglobulina**

g/l

Uwaga!
*Dotyczy tylko chorych
wcześniej leczonych Ig*

	BADANIA	WARTOŚĆ	JEDNOSTKA	W NORMIE	POZA NORMĄ
	IgA			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IgM			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IgE			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	WBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hgb			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hct			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PLT			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Limfocyty			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neutrofile			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eozynofile			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bazofile			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Monocyty			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glukoza			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AST			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ALT			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ALP			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GGTP			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kreatynina			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GFR			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CRP			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	LDH			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HCV PCR			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HIV PCR			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HbsAg			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mocz-bad.og.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ciężar wł.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glukoza			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Białko			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ciała ketonowe			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bakterie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nabłonki			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	WBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBV PCR

TAK ☐ NIE ☐

Opcjonalnie:

Liczebność subpopulacji i ocena funkcjonalna
limfocytów:

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak – opis poniżej

Opis: wyniki badań + komentarz:

Podklasy IgG – opcjonalnie:

klasa	wartość	jednostka	W normie	Poza normą
IgG ₁			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgG ₂			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgG ₃			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgG ₄			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Badania obrazowe:

BADANIA OBRAZOWE WYKONYWANE W OSTATNIM ROKU: TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak – wypełnij załącznik dotyczący badań obrazowych (załącznik nr IV)

Epikryza:

3. ZGŁOSZENIE

Zgłaszając wniosek potwierdzam, że pacjent spełnia kryteria włączenia do programu lekowego.

Wnioskuje o:

Kontynuację leczenia IVIg	<input type="checkbox"/>	KARTA MONITOROWANIA (B)-IVIg
Kontynuację leczenia SCiG	<input type="checkbox"/>	KARTA MONITOROWANIA (B)-SCiG
Zamianę leczenia IV na S.C.	<input type="checkbox"/>	KARTA MONITOROWANIA (A)-SCiG
Zamianę leczenia S.C. na IV	<input type="checkbox"/>	KARTA MONITOROWANIA (B)-IVIg/(A)-IVIg
Rozpoczęcie leczenia IVIg	<input type="checkbox"/>	KARTA MONITOROWANIA (A)-IVIg
Rozpoczęcie leczenia SCiG	<input type="checkbox"/>	KARTA MONITOROWANIA (A)-SCiG

Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do terapii immunoglobulinami pacjent będzie leczony preparatami zakupionymi przez Ośrodek Realizujący Program ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Lekarz prowadzący:

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

podpis i pieczęć lekarza

*podpis i pieczęć Kierownika jednostki uprawnionej
do terapii immunoglobulinami*

4. Załącznik –zgoda pacjenta

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.)

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie substytucyjne immunoglobulinami. Zobowiązuję się do ich przyjmowania zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz zgłaszania się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data i podpis pacjenta:

Data i podpis lekarza przyjmującego zgodę:

(A) –IVIG KARTA MONITOROWANIA PACJENTA Z PNO
który wcześniej nie był poddawany terapii immunoglobulinami, zakwalifikowanego do podawania tych
preparatów w formie dożylnej
leczenie wstępne (wizyty kontrolne co 2-4 tygodnie)

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysyłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego

1. Nazwisko i imię pacjenta			
2. Numer karty lub historii choroby			
3. PESEL:			
4. Data wizyty		5. Wys. ciała (cm)	6. Masa ciała (kg)
		7. BMI	8. BP
		9. HR	
10. St. IgG		11. Data badania	Wynik nie może być starszy niż 4 tygodnie

Jeżeli stężenie IgG ≥ 5 g/l, należy przejść do karty (B) monitorowania (leczenie podtrzymujące)

12. Przerwy w podawaniu immunoglobulin	Od:	Do:	Nie było/ nie dotyczy
Z powodu:	a. decyzji lekarza		
	b. decyzji pacjenta		
	c. schorzeń towarzyszących		
	d. Inne		

13. Stosowany preparat dożylnego roztworu immunoglobulin	
14. Dawka na kg m.c.*	15. Całkowita dawka wyliczona
16. Dawka podana	
17. Premedykacja:	TAK
18. Jakość życia: załączono kopie kwestionariuszy EQ-5D i SF 12	

19. Działania niepożądane:	TAK	NIE
W razie stwierdzenia działań niepożądanych należy wypełnić Kartę Działań Niepożądanych (Załącznik Nr V)		

20. zakażenia od ostatniej wizyty/złożenia wniosku	TAK	NIE
W razie stwierdzenia zakażenia należy wypełnić Kartę Zakażeń (Załącznik nr VI).		
Jeśli zakażenie opisywane jest jako ciężkie, należy je również zanotować jako AE i wypełnić Kartę Działań Niepożądanych)		

21. wykonano badania inne niż st. IgG	TAK	NIE
W razie wykonania badań obrazowych, należy wypełnić Kartę Badań Obrazowych (Załącznik nr IV)		
W razie wykonania badań laboratoryjnych, należy wypełnić Kartę Badań Laboratoryjnych (Załącznik Nr VII)		
Uwaga: co 3-6 miesięcy należy wykonywać:		
- morfologię krwi z rozmazem		
- st. glukozy		
- badania oceniające funkcję wątroby: AST, ALT, ALP, GGTP		
- badania oceniające funkcję nerek: mocznik, kreatynina, GFR		
- CRP		
- LDH		
a co 12 miesięcy: AgHbs, oraz HCV lub HIV metodą PCR		

22. leczenie towarzyszące: zmiany	TAK	NIE
Jeśli tak: wypełnij załącznik nr III: leczenie towarzyszące		
23. schorzenia towarzyszące: nowe od ostatniej wizyty?	TAK	NIE
Jeśli tak: wypełnij załącznik nr II: schorzenia towarzyszące		

24. Wyniki innych badań dodatkowych i konsultacji;

25. Opinia lekarza prowadzącego co do celowości dalszego leczenia

Wskazana kontynuacja leczenia

TAK

NIE

26. Uwagi:

27. Data kolejnej wizyty:

Imię i nazwisko lekarza:

Podpis i pieczętka lekarza

*Podpis i pieczętka Kierownika jednostki
uprawnionej do terapii
Immunoglobulinami w ramach Programu
Lecowego*

(B)–IVIG KARTA MONITOROWANIA PACJENTA Z PNO**Kontynuacja terapii immunoglobulinami w formie dożylnnej
leczenie podtrzymujące (wizyty kontrolne co 3-6 tygodni)**

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego

3. Nazwisko i imię pacjenta			
4. Numer karty lub historii choroby			
3. PESEL:			
4. Data wizyty	5. Wys. ciała (cm)		6. Masa ciała (kg)
	7. BMI		8. BP
	9. HR		
10. St. IgG	11. Data badania		Wynik nie może być starszy niż 4 tygodnie

Jeżeli stężenie IgG < 5 g/l, należy przejść do karty (A) monitorowania (leczenie wstępne)

12. Przerwy w podawaniu immunoglobulin	Od:	Do:	Nie było/ nie dotyczy
Z powodu:	a) decyzji lekarza		
	b) decyzji pacjenta		
	c) schorzeń towarzyszących		
	d) Inne		

13. Stosowany preparat dożylnego roztworu immunoglobulin		
14. Dawka na kg m.c.*	15. Całkowita dawka wyliczona	16. Dawka podana
17. Premedykacja:	TAK	NIE

18. Jakość życia: załączono kopie kwestionariuszy EQ-5D i SF 12	
19. Działania niepożądane:	TAK
W razie stwierdzenia działań niepożądanych należy wypełnić Kartę Działań Niepożądanych (Załącznik Nr V)	NIE

20. zakażenia od ostatniej wizyty/złożenia wniosku	TAK
W razie stwierdzenia zakażenia należy wypełnić Kartę Zakażeń (Załącznik nr VI).	NIE
Jeśli zakażenie opisywane jest jako ciężkie, należy je również zanotować jako AE i wypełnić Kartę Działań Niepożądanych)	

21. wykonano badania inne niż st. IgG	TAK
W razie wykonania badań obrazowych, należy wypełnić Kartę Badań Obrazowych (Załącznik nr IV)	NIE
W razie wykonania badań laboratoryjnych, należy wypełnić Kartę Badań Laboratoryjnych (Załącznik Nr VII)	
Uwaga: co 3-6 miesięcy należy wykonywać:	
- morfologię krwi z rozmazem	
- st. glukozy	
- badania oceniające funkcję wątroby: AST, ALT, ALP, GGTP	
- badania oceniające funkcję nerek: mocznik, kreatynina, GFR	
- CRP	
- LDH	
a co 12 miesięcy: AgHbs, oraz HCV lub HIV metodą PCR	

22. leczenie towarzyszące: zmiany	TAK	NIE
-----------------------------------	-----	-----

Jeśli tak: wypełnij załącznik nr III: leczenie towarzyszące

23. schorzenia towarzyszące: nowe od ostatniej wizyty?	TAK	NIE
--	-----	-----

Jeśli tak: wypełnij załącznik nr II: schorzenia towarzyszące

24. Wyniki innych badań dodatkowych i konsultacji;

--

25. Opinia lekarza prowadzącego co do celowości dalszego leczenia

Wskazana kontynuacja leczenia

TAK

--

NIE

--

26. Uwagi:

--

27. Data kolejnej wizyty:

--

28. Preparat immunoglobulin do podania przy kolejnej wizycie:

Kontynuacja IVIG: karta monitorowania (B) IVIG

Zmiana na preparat SCIG: karta monitorowania (A) lub (B) SCIG

Imię i nazwisko lekarza:

--

Podpis i pieczęć lekarza

*Podpis i pieczęć Kierownika jednostki
uprawnionej do terapii
Immunoglobulinami w ramach Programu
Lekowego*

(C)–IVIG KARTA MONITOROWANIA PACJENTA Z PNO

Ocena skuteczności leczenia (co 12 miesięcy)

Załącznik do karty monitorowania (B) IVIG

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego

1. Nazwisko i imię pacjenta	
2. Numer karty lub historii choroby	
3. PESEL:	
4. Data wizyty	

Ocena skuteczności leczenia w opinii Immunologa Klinicznego:

Prowadzone leczenie przy pomocy immunoglobulin u tego pacjenta z PNO jest:

- ☐ **Nieskuteczne i obecne powikłania:** częste lub ciężkie zakażenia pojawiają się częściej niż przed rozpoczęciem substytucji Ig i, dodatkowo, pojawiły się powikłania wynikające z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia
- ☐ **Nieskuteczne, bez obecności powikłań:** częste lub ciężkie zakażenia pojawiają się nawet częściej niż przed rozpoczęciem substytucji Ig, ale nie obserwuje się dodatkowych powikłań wynikających z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia
- ☐ **Bez zmian:** częste lub ciężkie zakażenia pojawiają się tak samo często jak przed rozpoczęciem substytucji Ig i mogą być obecne lub rozwinąć się nowe powikłania wynikające z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia
- ☐ **Częściowa poprawa z obecnością powikłań:** częste lub ciężkie zakażenia pojawiają się rzadziej niż przed włączeniem Ig i pojawiły się powikłania wynikające z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia
- ☐ **Częściowa poprawa:** częste lub ciężkie zakażenia pojawiają się rzadziej niż przed włączeniem Ig i nie rozwinęły się nowe powikłania wynikające z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia
- ☐ **Poprawa:** nie pojawiają się częste lub ciężkie zakażenia, ale obecne są lub pojawiły się nowe powikłania wynikające z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia
- ☐ **Znaczna poprawa:** nie pojawiają się częste lub ciężkie zakażenia i brak powikłań wynikających z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia.

Opinia lekarza prowadzącego co do celowości dalszego leczenia: na podstawie oceny klinicznej i przeprowadzonych badań:

Wskazana kontynuacja leczenia

TAK

NIE

Uwagi:

Data kolejnej wizyty oceniającej skuteczność leczenia :

Imię i nazwisko lekarza:

Podpis i pieczęć lekarza

Podpis i pieczęć Kierownika jednostki
uprawnionej do terapii Immunoglobulinami w

(A) SCIG KARTA MONITOROWANIA PACJENTA Z PNO**Rozpoczęcie terapii immunoglobulinami w formie podskórnej****leczenie wstępne: 6 wizyt****(wizyty kontrolne co 7 dni)***Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego*

1. Nazwisko i imię pacjenta	<input type="text"/>		
2. Numer karty lub historii choroby	<input type="text"/>		
3. PESEL:	<input type="text"/>		
4. Data wizyty	<input type="text"/>	5. Wys. ciała (cm)	<input type="text"/>
		6. Masa ciała (kg)	<input type="text"/>
		7. BMI	<input type="text"/>
		8. BP	<input type="text"/>
		9. HR	<input type="text"/>
10. St. IgG	<input type="text"/>	11. Data badania	<input type="text"/>
		Wynik nie może być starszy niż 4 tygodnie	
12. Przerwy w podawaniu immunoglobulin			
	Od: <input type="text"/>	Do: <input type="text"/>	Nie było/ nie dotyczy <input type="text"/>
	Z powodu:		
	a. decyzji lekarza	<input type="text"/>	
	b. decyzji pacjenta	<input type="text"/>	
	c. schorzeń towarzyszących	<input type="text"/>	
	d. Inne	<input type="text"/>	
13. Stosowany preparat dożylnego roztworu immunoglobulin	<input type="text"/>		
14. Dawka na kg m.c.*	<input type="text"/>	15. Całkowita dawka wyliczona	<input type="text"/>
		16. Dawka podana	<input type="text"/>
17. Aplikacja leku przez:			
	Personel medyczny	<input type="text"/>	
	Personel medyczny we współpracy z pacjentem/opiekunem	<input type="text"/>	
	Samodzielnie przez pacjenta/opiekuna pod nadzorem personelu medycznego	<input type="text"/>	
18. Premedykacja:	TAK <input type="text"/>	NIE <input type="text"/>	
19. Jakość życia: załączono kopie kwestionariuszy EQ-5D i SF 12	<input type="text"/>		
20. Działania niepożądane:	TAK <input type="text"/>	NIE <input type="text"/>	
W razie stwierdzenia działań niepożądanych należy wypełnić Kartę Działań Niepożądanych (Załącznik Nr V)			
21. zakażenia od ostatniej wizyty/złożenia wniosku	TAK <input type="text"/>	NIE <input type="text"/>	
W razie stwierdzenia zakażenia należy wypełnić Kartę Zakażeń (Załącznik nr VI).			
Jeśli zakażenie opisywane jest jako ciężkie, należy je również zanotować jako AE i wypełnić Kartę Działań Niepożądanych)			
22. wykonano badania inne niż st. IgG	TAK <input type="text"/>	NIE <input type="text"/>	
W razie wykonania badań obrazowych, należy wypełnić Kartę Badań Obrazowych (Załącznik nr IV)			
W razie wykonania badań laboratoryjnych, należy wypełnić Kartę Badań Laboratoryjnych (Załącznik Nr VII)			
Uwaga: co 3-6 miesięcy należy wykonywać:			
- morfologię krwi z rozmazem			
- st. glukozy			
- badania oceniające funkcję wątroby: AST, ALT, ALP, GGTP			
- badania oceniające funkcję nerek: mocznik, kreatynina, GFR			
- CRP			
- LDH			
a co 12 miesięcy: AgHbs, oraz HCV lub HIV metodą PCR			
22. leczenie towarzyszące: zmiany	TAK	NIE	
Jeśli tak: wypełnij załącznik nr III: leczenie towarzyszące			
23. schorzenia towarzyszące: nowe od ostatniej wizyty?	TAK	NIE	
Jeśli tak: wypełnij załącznik nr II: schorzenia towarzyszące			

24. Wyniki innych badań dodatkowych i konsultacji;

25. Opinia lekarza prowadzącego co do celowości dalszego leczenia

Wskazana kontynuacja leczenia

TAK

NIE

26. Uwagi:

27. Data kolejnej wizyty:

28. Preparat immunoglobulin do podania przy kolejnej wizycie:

Kontynuacja SCIG: karta monitorowania
(A)SCIG/(B)SCIG

Zmiana na preparat IVIG: karta monitorowania (A) lub (B) IVIG

Imię i nazwisko lekarza:

Podpis i pieczęć lekarza

*Podpis i pieczęć Kierownika jednostki
uprawnionej do terapii Immunoglobulinami w
ramach Programu Lekowego*

(B)-SCIG KARTA MONITOROWANIA PACJENTA Z PNO

**Kontynuacja terapii immunoglobulinami w formie podskórnej;
leczenie podtrzymujące
(wizyty kontrolne co 1-3 miesiące)**

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego

1. Nazwisko i imię pacjenta			
2. Numer karty lub historii choroby			
3. PESEL:			
4. Data wizyty		5. Wys. ciała (cm)	
		7. BMI	
		9. HR	
10. St. IgG		11. Data badania	
			Wynik nie może być starszy niż 4 tygodnie
12. Przerwy w podawaniu immunoglobulin			Nie było/ nie dotyczy
Od:		Do:	
Z powodu:			
a. decyzji lekarza			
b. decyzji pacjenta			
c. schorzeń towarzyszących			
d. Inne			
13. Planowane podanie:			
	Kontynuacja SCIG		
	Zmiana na IVIG		
			Przy zmianie na IVIG – wybór formularza (B)-IVIG
14. nazwa preparatu immunoglobulin do podawania podskórnego			
15. Dawka na kg m.c.*		16. Całkowita dawka miesięczna	
		17. Dawka pojedyncza wyliczana	
		18. pojedyncza dawka podawana	
19. Aplikacja leku przez:			
	Personel medyczny		
	Personel medyczny we współpracy z pacjentem/opiekunem		
	Samodzielnie przez pacjenta/opiekuna pod nadzorem personelu medycznego		
20. Premedykacja:	TAK		NIE
21. Jakość życia: załączono kopie kwestionariuszy EQ-5D i SF 12			
22. Działania niepożądane:	TAK		NIE
W razie stwierdzenia działań niepożądanych należy wypełnić Kartę Działań Niepożądanych (Załącznik Nr V)			
23. zakażenia od ostatniej wizyty/złożenia wniosku	TAK		NIE
W razie stwierdzenia zakażenia należy wypełnić Kartę Zakażeń (Załącznik nr VI). Jeśli zakażenie opisywane jest jako ciężkie, należy je również zanotować jako AE i wypełnić Kartę Działań Niepożądanych)			
24. wykonano badania inne niż st.IgG	TAK		NIE
W razie wykonania badań obrazowych, należy wypełnić Kartę Badań Obrazowych (Załącznik nr IV) W razie wykonania badań laboratoryjnych, należy wypełnić Kartę Badań Laboratoryjnych (Załącznik Nr VII) Uwaga: co 3-6 miesięcy należy wykonywać: - morfologię krwi z rozmazem - st. glukozy - badania oceniające funkcję wątroby: AST, ALT, ALP, GGTP - badania oceniające funkcję nerek: mocznik, kreatynina, GFR - CRP - LDH a co 12 miesięcy: AgHbs, oraz HCV lub HIV metodą PCR			

25. leczenie towarzyszące: zmiany

TAK

NIE

Jeśli tak: wypełnij załącznik nr III: leczenie towarzyszące

26.schorzenia towarzyszące: nowe od ostatniej wizyty?

TAK

NIE

Jeśli tak: wypełnij załącznik nr II: schorzenia towarzyszące

27. Wyniki innych badań dodatkowych i konsultacji;

28. Opinia lekarza prowadzącego co do celowości dalszego leczenia

Wskazana kontynuacja leczenia

TAK

NIE

29. Uwagi:

30.Data kolejnej wizyty:

31. Preparat immunoglobulin do podania przy kolejnej wizycie:

Kontynuacja SCIG: karta monitorowania (A)SCIG/(B)SCIG

Zmiana na preparat IVIG: karta monitorowania (A) lub (B) IVIG

32. Choremu wydano lek na**tygodni leczenia: ilość wydanego leku:****g**

(Można wydać lek na maksimum 12 tygodni terapii)

Imię i nazwisko lekarza:

Podpis i pieczęć lekarza

*Podpis i pieczęć Kierownika jednostki
uprawnionej do terapii Immunoglobulinami w
ramach Programu Lekowego*

(C)-SCIG KARTA MONITOROWANIA PACJENTA Z PNO

Kontynuacja terapii immunoglobulinami w formie podskórnej;

Punkt kontrolny (co 12 miesięcy)

Załącznik do karty monitorowania (B)-SCIG

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego

1. Nazwisko i imię pacjenta

2. Numer karty lub historii choroby

3. PESEL:

4. Data wizyty

Ocena skuteczności leczenia w opinii Immunologa Klinicznego:

Prowadzone leczenie przy pomocy immunoglobulin u tego pacjenta z PNO jest:

- ☐ **Nieskuteczne i obecne powikłania:** częste lub ciężkie zakażenia pojawiają się częściej niż przed rozpoczęciem substytucji Ig i, dodatkowo, pojawiły się powikłania wynikające z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia
- ☐ **Nieskuteczne, bez obecności powikłań:** częste lub ciężkie zakażenia pojawiają się nawet częściej niż przed rozpoczęciem substytucji Ig, ale nie obserwuje się dodatkowych powikłań wynikających z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia
- ☐ **Bez zmian:** częste lub ciężkie zakażenia pojawiają się tak samo często jak przed rozpoczęciem substytucji Ig i mogą być obecne lub rozwijać się nowe powikłania wynikające z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia
- ☐ **Częściowa poprawa z obecnością powikłań:** częste lub ciężkie zakażenia pojawiają się rzadziej niż przed włączeniem Ig i pojawiły się powikłania wynikające z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia
- ☐ **Częściowa poprawa:** częste lub ciężkie zakażenia pojawiają się rzadziej niż przed włączeniem Ig i nie rozwinęły się nowe powikłania wynikające z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia
- ☐ **Poprawa:** nie pojawiają się częste lub ciężkie zakażenia, ale obecne są lub pojawiły się nowe powikłania wynikające z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia
- ☐ **Znaczna poprawa:** nie pojawiają się częste lub ciężkie zakażenia i brak powikłań wynikających z niedoboru immunoglobulin lub procesu leczenia.

Opinia lekarza prowadzącego co do celowości dalszego leczenia: na podstawie oceny klinicznej i przeprowadzonych badań:

Wskazana kontynuacja leczenia

TAK

NIE

Uwagi:

Data kolejnej wizyty oceniającej skuteczność leczenia :

Imię i nazwisko lekarza:

Podpis i pieczęć lekarza

Podpis i pieczęć Kierownika jednostki
uprawnionej do terapii Immunoglobulinami w
ramach Programu Lekowego

ZAŁĄCZNIK NR I/1:

D 80.0 Dziedziczna hipogammaglobulinemia (Agammaglobulinemia sprzężona z płcią)

Obniżony odsetek limfocytów B CD19+ poniżej 2% w przeprowadzonej przynajmniej 2-krotnie ocenie	<input type="checkbox"/>	<i>Musi być zaznaczony</i>
i jeden z następujących: (rozpoznanie pewne)		
1. mutacja w obrębie genu dla Btk	<input type="checkbox"/>	<i>Konieczność zaznaczenia minimum jednego punktu- jeśli żaden niezaznaczony – muszą być zaznaczenia w kolejnych punktach</i>
2. brak Btk mRNA w neutrofilach lub monocytach w badaniu metodą Northern blot	<input type="checkbox"/>	
3. brak białka Btk w monocytach lub płytkach krwi	<input type="checkbox"/>	
4. obniżony odsetek limfocytów B poniżej 2% u kuzynów płci męskiej ze strony matki: wujków, bratanków	<input type="checkbox"/>	
lub wszystkie z poniższych cech (rozpoznanie prawdopodobne)		
1. początek nawracających zakażeń bakteryjnych w pierwszych 5 latach życia	<input type="checkbox"/>	<i>Konieczność zaznaczenia wszystkich punktów</i>
2. stężenia IgG, IgM oraz IgA w surowicy krwi poniżej 2 SD normy dla wieku	<input type="checkbox"/>	
3. brak izohemaglutynin i/lub słaba odpowiedź na antygeny szczepionkowe	<input type="checkbox"/>	
4. wykluczenie innych przyczyn hipogammaglobulinemii	<input type="checkbox"/>	
lub		
wykluczono inne przyczyny hipogammaglobulinemii	<input type="checkbox"/>	<i>Musi być zaznaczony</i>
i obecna jest przynajmniej jedna z poniższych cech:		
1. początek nawracających zakażeń bakteryjnych w pierwszych 5 latach życia	<input type="checkbox"/>	<i>Konieczność zaznaczenia minimum jednego punktu-</i>
2. stężenia IgG, IgM oraz IgA w surowicy krwi poniżej 2 SD normy dla wieku	<input type="checkbox"/>	
3. brak izohemaglutynin	<input type="checkbox"/>	

ZAŁĄCZNIK NR I/2

D 80.1 **Nierodzinna hipogammaglobulinemia**

Jedno z poniższych:

- Nawracające zakażenia ☐
- Cechy autoimmunizacji (szczególnie cytopenie) ☐
- Łagodna limfoproliferacja/chłoniak ☐

*Możliwość wybrania
jednego z kryteriów*

oraz

istotny niedobór IgG, podklas IgG, IgA lub IgM (oceniony co najmniej 2x)

☐

oraz

wykluczenie wtórnych przyczyn hipogammaglobulinemii

☐

*Konieczność wyboru
wszystkich kryteriów*

oraz

prawidłowy wynik isohemaglutynin i/albo prawidłowa
odpowiedź poszczepienna

☐

oraz

prawidłowe limfocyty T i limfocyty T dziewicze

☐

ZAŁĄCZNIK NR I/3:

D 80.3

Wybiórczy niedobór podklas immunoglobulin G (IgG)

- nawracające zakażenia ☐
- istotny niedobór podklas IgG stwierdzony co najmniej 2-krotnie ☐

Konieczność wybrania obu kryteriów

ZAŁĄCZNIK NRI/ 4:

D 80.5 Niedobór odporności ze zwiększonym stężeniem immunoglobulin M (IgM) (Zespół hiper IgM sprzężony z chromosomem X)

Przynajmniej jedno z poniższych:

- zwiększona podatność na zakażenia (nawracające i/lub oportunistyczne zakażenia, z kryptosporydiozą włącznie) ☐
- deregulacja immunologiczna (autoimmunizacja, limfoproliferacja, stwardniające zapalenie dróg żółciowych) ☐
- cytopenia (neutropenia lub autoimmunologiczna cytopenia) ☐
- rozrost nowotworowy (chłoniak) ☐
- obciążający wywiad rodzinny ☐

*Możliwość wybrania
jednego lub więcej z
kryteriów*

i

- znaczące obniżenie stężenia IgG (ocenione co najmniej dwukrotnie) ☐

lub

- prawidłowe lub podwyższone stężenie IgM (ocenione co najmniej dwukrotnie) ☐

lub

- wykluczono inne zdefiniowane przyczyny hipogammaglobulinemii ☐

*Możliwość wybrania
dowolnego z
kryteriów;*

lub

- brak dowodów na niedobór limfocytów T, definiowany jako obecność przynajmniej dwóch z trzech następujących cech (m=miesiąc, r=rz=rok życia):
 - ✓ CD4 liczba/microlitr: 0-6m <1000, 6m-1r <800, 1-2r <500, 2-6r <300, 6-12r <250, >12r <200 ☐
 - ✓ % naiwnych CD4: 0-2r <30%, 2-6r <25%, 6-16r <20%, >16r 10%
 - ✓ brak odpowiedzi proliferacyjnej limfocytów T

lub

- brak cech zespołu *ataxia- telangiectasia* (plamy *cafe-au lait*, ataksja, telangiektazja, podwyższone stężenie AFP) ☐

ZAŁĄCZNIK NR I/5:

D 80.8 Inne niedobory odporności z przewagą defektów przeciwciał

D 80.9 Nieokreślony niedobór odporności z przeważającym defektem przeciwciał

Przynajmniej jedno z poniższych:

- co najmniej 1 ciężkie zakażenie ☐
- nietypowy, uciążliwy przebieg zakażeń ☐
- przynajmniej 1 cecha deregulacji immunologicznej –(wymienić jaka) * ☐
- niedobór wzrostu i masy ciała ☐
- pierwotny niedobór odporności w rodzinie ☐

*Konieczność wyboru
jednego z kryteriów*

Oraz

- co najmniej 1 nieprawidłowość funkcjonalna lub numeryczna w badaniach immunologicznych – (wymienić jaka) ** ☐

*Konieczność wyboru
tego kryterium*

Oraz

- wykluczenie wtórnych przyczyn zaburzeń immunologicznych (zakażenie, nowotwór) ☐

*Konieczność wyboru
tego kryterium*

Oraz

- brak cech innych zdefiniowanych zespołów ☐

*Konieczność wyboru
tego kryterium*

*

.....

.....

.....

**

.....

.....

.....

ZAŁĄCZNIK NR I/ 6:

D 81.9

Nieokreślone złożone niedobory odporności

Przynajmniej jedno z poniższych:

- co najmniej 1 ciężka infekcja wymagająca hospitalizacji ☐
- przynajmniej 1 cecha deregulacji immunologicznej –(wymienić jaka) ^{*} ☐
- nowotwór ☐
- pierwotny niedobór odporności w rodzinie ☐

*Konieczność wyboru
jednego z kryteriów*

Oraz

- co najmniej 1 nieprawidłowość funkcjonalna lub numeryczna w badaniach immunologicznych – (wymienić jaka) ^{**} ☐

*Konieczność wyboru
tego kryterium*

Oraz: przynajmniej dwie z czterech nieprawidłowości dotyczących limfocytów T:

- redukcja liczby limfocytów TCD3 lub TCD4 lub TCD8 ☐
- redukcja liczby dziewiczych limfocytów TCD4 i/lub TCD8 ☐
- wzrost liczby limfocytów T gamma/delta ☐
- nieprawidłowa odpowiedź limfocytów T na mitogeny ☐

*Konieczność wyboru
minimum dwóch z
czterech kryteriów*

Oraz

- wykluczenie zakażenia HIV ☐

*Konieczność wyboru
tego kryterium*

Oraz

- wykluczenie innych, dobrze określonych zespołów PNO ☐

*Konieczność wyboru
tego kryterium*

^{*}

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

^{**}

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

ZAŁĄCZNIK NR I/7:

D 82.0

Zespół Wiskotta- Aldricha

Pacjent płci męskiej z wrodzoną małopłytkowością (poniżej 70.000 płytek/mm³), małą objętością płytek...

☐

Musi być zaznaczony

I. ...i co najmniej jedno z poniższych: (rozpoznanie pewne) -

1. mutacja w genie WASP
2. brak WASP mRNA w badaniu limfocytów metodą *Northern blot*
3. brak białka WASP w limfocytach
4. kuzyni, wujkowie ze strony matki z małą objętością płytek lub małopłytkowością

☐☐☐☐

Konieczność zaznaczenia co najmniej jednego z punktów, jeśli nie zaznaczono punktów II i III

II. ...i co najmniej jedno z poniższych: (rozpoznanie prawdopodobne)

1. wyprysk (egzema)
2. obniżona synteza swoistych przeciwciał w odpowiedzi na antygeny polisacharydowe
3. nawracające zakażenia bakteryjne lub wirusowe
4. choroby autoimmunizacyjne
5. chłoniaki, białaczki lub guzy OUN

☐☐☐☐☐

Konieczność zaznaczenia co najmniej jednego z punktów, jeśli nie zaznaczono punktów I i III

III.Lub pacjent płci męskiej po zabiegu splenektomii z powodu małopłytkowości i obecna jest przynajmniej jedna z poniższych cech (rozpoznanie możliwe)

1. wyprysk (egzema)
2. obniżona synteza swoistych przeciwciał w odpowiedzi na antygeny polisacharydowe
3. nawracające zakażenia bakteryjne lub wirusowe
4. choroby autoimmunizacyjne
5. chłoniaki, białaczki lub guzy OUN

☐☐☐☐☐

Konieczność zaznaczenia minimum jednego punktu- jeśli nie zaznaczono punktów I i II

ZAŁĄCZNIK NR I/8:

D 82.1 Zespół di George'a – DGS

Redukcja liczby limfocytów T CD3+ (poniżej 500/mm³)

☐

*Musi być zaznaczony, jeśli
nie zaznaczone II lub III*

Oraz: (I) dwie z trzech poniższych cech: (rozpoznanie pewne)

1. Wada serca lub dużych naczyń (przetrwwały przewód tętniczy, tetralogia Fallota, przerwany łuk aorty, nieprawidłowe odejście prawej tętnicy podobojczykowej)
2. Hipokalcemia wymagająca leczenia, utrzymująca się powyżej 3 tygodni
3. Delecja w obrębie chromosomu 22q11.2

☐

*Konieczność zaznaczenia
przynajmniej dwóch
punktów*

☐☐

Lub: (II) rozpoznanie prawdopodobne

Redukcja liczby limfocytów T CD3+ (poniżej 1 500/mm³) oraz delecja w obrębie chromosomu 22q11.2

☐

*Musi być zaznaczony, jeśli
nie zaznaczone I i III*

Lub: (III) rozpoznanie możliwe

Redukcja liczby limfocytów T CD3+ (poniżej 1 500/mm³) oraz przynajmniej jedno z następujących zaburzeń:

☐

*Musi być zaznaczony, jeśli
nie zaznaczone I i II*

1. Wada serca
2. Hipokalcemia wymagająca leczenia, utrzymująca się powyżej 3 tygodni
3. Cechy dysmorfii twarzy lub nieprawidłowości dotyczące anatomicznej budowy podniebienia

☐☐☐

*Konieczność zaznaczenia
minimum jednego punktu,
jeśli nic nie zaznaczono w
p. I i II*

ZAŁĄCZNIK NR I/9:

D 82.9

Nieokreślony niedobór odporności skojarzony z poważnymi wadami

Cechy dysmorfii? : TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak - jakie:

Niskorosłość ☐

Dysmorfia twarzy ☐

Microcephalia ☐

Zaburzenia układu szkieletowego ☐

Inne: jakie? ☐

Inne cechy?: TAK ☐ NIE ☐

Bielactwo ☐

Zaburzenia owłosienia i rozwoju uzębienia ☐

Wady serca ☐

Wady nerek ☐

Zaburzenia słuchu ☐

Opóźnienie rozwoju psychoruchowego ☐

Drgawki ☐

Inne: jakie? ☐

ORAZ

co najmniej jedna nieprawidłowość funkcjonalna lub numeryczna w badaniach immunologicznych – opis nieprawidłowości:

]

*Każdy z punktów
musi być
zaznaczony*

ORAZ

wykluczenie wtórnych przyczyn zaburzeń immunologicznych (zakażenie, nowotwór)

]

ORAZ

brak cech innych, dobrze zdefiniowanych zespołów

]

ZAŁĄCZNIK NR I/10:

- D 83.0** Pospolity zmienny niedobór odporności z przewagą zaburzeń funkcji lub liczby komórek B
- D 83.1** Pospolity zmienny niedobór odporności z przewagą zaburzeń dotyczących immunoregulacyjnych limfocytów T
- D 83.8** Inne pospolite zmienne niedobory odpornościowe
- D 83.9** Nieokreślony pospolity zmienny niedobór odporności

Kryteria (nowe)

- Zwiększona podatność na zakażenia ☐
- Objawy autoimmunizacyjne ☐
- Zmiany ziarniniakowe ☐
- Niewyjaśniona poliklonalna limfoproliferacja ☐
- Rozpoznanie niedoboru przeciwciał u członka rodziny ☐
- Znaczące (<2 SD) obniżenie stężenia IgG i IgA, przy obniżonym lub prawidłowym stężeniu IgM ☐
- Nieadekwatna odpowiedź poszczepienna i/lub nieobecność izohemaglutynin ☐
- Obniżona liczba limfocytów B pamięci „switch” ☐
- Wykluczenie wtórnych przyczyn hipogammaglobulinemii ☐
- Wykluczenie istotnego niedoboru limfocytów T ☐

ZAŁĄCZNIK NR I/11:

D 89.9 Nieokreślone zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych.

- co najmniej jedno ciężkie zakażenie ☐
- nietypowy, uciążliwy przebieg zakażeń ☐
- przynajmniej jedna cecha deregulacji immunologicznej – (wymienić jaka) ☐

*przynajmniej jedna z
cech musi być
zaznaczona*

- niedobór wzrostu i masy ciała ☐
- pierwotny niedobór odporności w rodzinie ☐

ORAZ

- co najmniej jedna nieprawidłowość funkcjonalna lub numeryczna w badaniach immunologicznych (wymienić jaka) ☐

ORAZ

- wykluczenie wtórnych przyczyn zaburzeń immunologicznych (zakażenie, nowotwór) ☐

ORAZ

- brak cech innych zdefiniowanych zespołów ☐

Załącznik Nr II

Lista schorzeń towarzyszących:

[illegible]

Załącznik nr III

Lista leków towarzyszących

[illegible]

ZAŁĄCZNIK NR IV

BADANIA OBRAZOWE WYKONYWANE W OSTATNIM ROKU

Lp.....	USG	<input type="checkbox"/>	Klatki piersiowej	<input type="checkbox"/>
	Rtg	<input type="checkbox"/>	Zatok obocznych nosa	<input type="checkbox"/>
	CT	<input type="checkbox"/>	Jamy brzusznej	<input type="checkbox"/>
	MRI	<input type="checkbox"/>	inne	<input type="checkbox"/>
	Inne	<input type="checkbox"/>	Jakie:
	Jakie:		

Opis badania (jeśli wynik nieprawidłowy):

Lp.....	USG	<input type="checkbox"/>	Klatki piersiowej	<input type="checkbox"/>
	Rtg	<input type="checkbox"/>	Zatok obocznych nosa	<input type="checkbox"/>
	CT	<input type="checkbox"/>	Jamy brzusznej	<input type="checkbox"/>
	MRI	<input type="checkbox"/>	inne	<input type="checkbox"/>
	Inne	<input type="checkbox"/>	Jakie:
	Jakie:		

Opis badania (jeśli wynik nieprawidłowy):

ZAŁĄCZNIK NR V:

Data początku AE(DD/MM/RRRR:

Data zakończenia:

Lub kontynuacja AE

☐

Rozpoznanie zgodnie z ICD.10

Opis działania niepożądanego:

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

AE – związek z przyjmowanymi immunoglobulinami:

- Pewny ☐
- Prawdopodobny ☐
- Możliwy ☐
- Mało prawdopodobny ☐
- Wątpliwy ☐
- Brak związku ☐

AE – stopień nasilenia dolegliwości/objawów:

- Łagodne ☐
- Umiarkowane ☐
- ciężkie ☐

Skutkiem wystąpienia AE jest:

- Zgon ☐
- Zagrożenie życia ☐
- Trwałe lub znaczące inwalidztwo lub upośledzenie sprawności ☐
- Hospitalizacja lub jej przedłużenie ☐
- Inne, które lekarz wg swojego stanu wiedzy uzna za ciężkie ☐

Jeśli zaznaczono przynajmniej jedną odpowiedź z powyższych (dotyczących skutków wystąpienia AE) jest zakreślona, należy rozpoznać SAE (serious adverse event) i dopisać informacje o lekach:

ZAŁĄCZNIK NR VI:

ZAKAŻENIA

Zakażenie od ostatniej wizyty:

TAK ☐

NIE ☐

Jeśli tak:

Umiejscowienie:

- ☐ Górne drogi oddechowe
- ☐ Błona śluzowa nosa i zatok przynosowych
- ☐ Ucho środkowe
- ☐ Ucho zewnętrzne
- ☐ Dolne drogi oddechowe
- ☐ Przewód pokarmowy
- ☐ Górne drogi moczowe
- ☐ Dolne drogi moczowe
- ☐ Narządy rodne
- ☐ Gruczoł krokowy
- ☐ Skóra i tkanka podskórna
- ☐ Naczynia
- ☐ Układ kostno-stawowy
- ☐ Zakażenie narządowe
- ☐ Infekcja uogólniona/sepsa
- ☐ Inne: jakie:.....

Rozpoznanie (ICD.10)

Data początku infekcji:

Data zakończenia:

Lub w trakcie leczenia

☐

Opis zakażenia:

Przebieg zakażenia:

- ☐ Zakażenie prowadzące do dysfunkcji lub niewydolności jedno- lub wielonarządowej
- ☐ Zakażenie powodujące znaczne pogorszenie stanu chorego z zaawansowaną chorobą przewlekłą
- ☐ Zakażenie narządowe lub ogólnoustrojowe u osób z obniżoną odpornością
- ☐ Nie dotyczy

W przypadku zaznaczenia minimum jednego z trzech powyższych punktów zakażenie kwalifikuje się jako ciężkie – należy wypełnić odpowiedzi na kolejne pytania

ciężkie

☐

Dodatkowo zawsze należy wypełnić załącznik dotyczący działań niepożądanych

MIEJSCE ZAKAŻENIA:

Zewnątrzszpitalne

☐

Wewnątrzszpitalne

☐

ETIOLOGIA:

- ☐ **Pierwotniakowa:**
- ☐ Toksoplazmoza
 - ☐ Kryptosporydioza
- ☐ **Grzybicza:**
- ☐ Kandydoza jamy ustnej, przełyku i dalszych odcinków przewodu pokarmowego, płuc
 - ☐ Kryptokokoza
 - ☐ zakażenie *Pneumocystis jiroveci*
- ☐ **Wirusowa:**
- ☐ Cytomegalia (zajęcie układu pokarmowego, siatkówki, zapalenie płuc)
 - ☐ Zakażenia wirusem opryszczki o ciężkim przebiegu
 - ☐ Półpasiec o ciężkim przebiegu (minimum 3 dermatomy)
- ☐ **Bakteryjna:**
- ☐ Poantybiotykowe zapalenie jelit (*Clostridium difficile*)
 - ☐ Wywołane przez prątki gruźlicy, w tym prątki atypowe
 - ☐ Posocznice salmonellozowe
- ☐ **Inna: jaka:.....**
- ☐ **Nieustalona**

W przypadku zaznaczenia minimum jednego patogenu należy zakwalifikować infekcję jako oportunistyczną

Zakażenie oportunistyczne ☐

W przypadku zaznaczenia okienka: „nieustalona” zakażenie należy zakwalifikować jako łagodne lub umiarkowane – wyskakuje okienko: „łagodne/umiarkowane”

Łagodne/umiarkowane ☐

leczenie stosowane z powodu zakażenia: TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, zaznaczenie z jakiej grupy (możliwość zaznaczenia kilku), a następnie wypełnienie/uzupełnienie strony leczenia towarzyszącego

- ☐ Przeciwbakteryjne
- ☐ Przeciwwirusowe
- ☐ Przeciwgrzybicze
- ☐ Przeciwpasożytnicze
- ☐ Inne: jakie:.....

ZAŁĄCZNIK NR VII:

BADANIA LABORATORYJNE

	BADANIA	WARTOŚĆ	JEDNOSTKA	NORMA	POZA NORMĄ
	IgA			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IgM			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IgE			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	WBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hgb			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hct			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PLT			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Limfocyty			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neutrofile			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eozynofile			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bazofile			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Monocyty			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glukoza			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AST			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ALT			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ALP			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GGTP			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kreatynina			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GFR			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CRP			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	LDH			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HCV PCR			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HIV PCR			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HbsAg			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mocz-bad.og.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ciężar wł.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glukoza			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Białko			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ciała				
	ketonowe			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bakterie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nabłonki			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	WBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBV PCR

TAK ☐ NIE ☐

Opcjonalnie:

Liczebność subpopulacji i ocena funkcjonalna
limfocytów:

TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak – opis poniżej

Opis: wyniki badań + komentarz:

Podklasy IgG – opcjonalnie:

klasa	wartość	jednostka	wn	poza wn
IgG ₁			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgG ₂			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgG ₃			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgG ₄			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZAŁĄCZNIK NR VIII:

EQ-5D I SF-12

EQ-5D

Zaznaczając symbolem ☒ jeden kwadrat w każdej grupie podanej poniżej, wybierz zdanie najlepiej określające stan Twojego zdrowia dzisiaj.

Zdolność poruszania się

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Nie mam problemów z chodzeniem | <input type="checkbox"/> |
| Mam trochę problemów z chodzeniem | <input type="checkbox"/> |
| Muszę pozostawać w łóżku | <input type="checkbox"/> |

Samoopieka

- | | |
|--|--------------------------|
| Nie mam żadnych problemów z samoopieką | <input type="checkbox"/> |
| Mam trochę problemów z myciem i ubieraniem się | <input type="checkbox"/> |
| Nie mogę sam się umyć ani ubrać | <input type="checkbox"/> |

Zwykła działalność (np. praca, nauka, zajęcia domowe, aktywność rodzinna, zajęcia w czasie wolnym)

- | | |
|--|--------------------------|
| Nie mam problemów z wykonywaniem moich zwykłych czynności | <input type="checkbox"/> |
| Mam trochę problemów z wykonywaniem moich zwykłych czynności | <input type="checkbox"/> |
| Nie mogę wykonywać moich zwykłych czynności | <input type="checkbox"/> |

Ból/dyskomfort

- | | |
|---|--------------------------|
| Nie odczuwam bólu ani dyskomfortu | <input type="checkbox"/> |
| Odczuwam umiarkowany ból lub dyskomfort | <input type="checkbox"/> |
| Odczuwam krańcowy ból lub dyskomfort | <input type="checkbox"/> |

Niepokój /przygnębienie

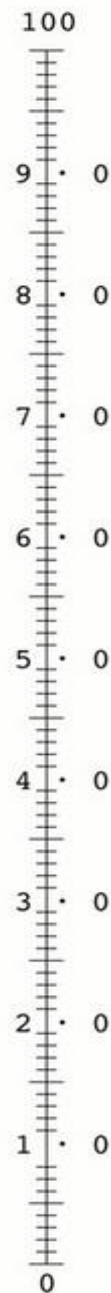
- | | |
|--|--------------------------|
| Nie jestem niespokojny ani przygnębiony | <input type="checkbox"/> |
| jestem umiarkowanie niespokojny lub przygnębiony | <input type="checkbox"/> |
| jestem krańcowo przygnębiony | <input type="checkbox"/> |

Aby umożliwić badanym ocenę, jak dobry lub zły jest ich stan zdrowia przygotowaliśmy skalę (podobną do skali termometru), na której najlepszy stan zdrowia jest oznaczony liczbą 100, a najgorszy stan zdrowia jaki można sobie wyobrazić jest oznaczony jako 0.

Chcielibyśmy, żebyś wskazał na skali, jak dobry lub zły jest według Ciebie stan Twojego zdrowia dzisiaj. Zrób to rysując linię z kostki poniżej do jakiegokolwiek punktu na skali, określając, jak dobry lub zły jest Twój aktualny stan zdrowia.

**Twój stan
zdrowia
dzisiaj**

Najlepszy
wyobrażalny stan



Najgorszy wyobrażalny
stan zdrowia

Kwestionariusz oceny jakości życia SF-12

7. Generalnie możesz powiedzieć, że stan Twojego zdrowia jest:

doskonały [] dobry [] niezadowolający []
bardzo dobry [] zadowolający []

8. Poniżej wymieniono w punktach czynności wykonywane zazwyczaj w ciągu dnia. Czy aktualnie Twoje zdrowie ogranicza Twoje możliwości ich wykonania? Jeśli tak, to jak bardzo?

Czynności	Bardzo ogranicza	Trochę ogranicza	Nie ogranicza wcale
c) Czynności o umiarkowanej trudności, takie jak przesuwanie stołu, odkurzanie, gra w kręgle, w golfa			
d) Pokonywanie kilku pięter schodów			

9. Czy w ostatnim miesiącu miałeś(-aś) problemy z pracą lub codzienną aktywnością, które wynikały ze stanu zdrowia i powodowały:

	TAK	NIE
c) Gorsze samopoczucie niż oczekiwałeś(-aś)?		
d) Ograniczenie w rodzaju pracy lub innych czynności?		

10. Czy w ciągu ostatniego miesiąca miałeś(-aś) problemy związane z wykonywaną pracą lub codziennymi czynnościami wynikającymi z problemów emocjonalnych (np. poczucie depresji, zdenerwowanie)?

	TAK	NIE
c) Osiągnięcia (rezultaty) mniejsze, niż oczekiwałeś(-abyś)		
d) Niemożność wykonywania pracy lub innej czynności tak starannie jak zwykle		

11. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca ból zakłócał Twoją normalną pracę (zawodową i domową)?

wcale [] średnio [] bardzo []
trochę [] nawet bardzo []

12. Poniższe pytania dotyczą Twojego samopoczucia w ciągu ostatniego miesiąca. Na każde pytanie proszę udzielić jednej odpowiedzi najbardziej zbliżonej do stanu faktycznego. Ile razy wystąpił dany objaw w ciągu ostatniego miesiąca?

	Cały czas	Dużo czasu	M mało czasu	Większość czasu	Jakiś czas	wcale
e) Byłeś(-aś) wyciszony(-a) i spokojny(-a)						
f) Byłeś(-aś) pełen(-na) energii						
g) Byłeś(-aś) załamany(-a) i smutny(-a)						
h) Twoje zdrowie ograniczało kontakty towarzyskie (spotkania z przyjaciółmi lub bliską rodziną)						