Załącznik Nr 21 do zarządzenia Nr 175/2023/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 30 listopada 2023 r.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Charakterystyka świadczenia** | |
| 1.1 | kompetencje zespołu | kwalifikacja do leczenia zapalenia błony naczyniowej oka oraz weryfikacja jego efektów |
| 1.2 | zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny | Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) |
| 1.3 | choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem | H20.0 – zapalenie ostre i podostre tęczówki i ciała rzęskowego  H30.0 – zapalenie ogniskowe naczyniówki i siatkówki |
| 1.4 | świadczenia skojarzone | nie dotyczy |
| 1.5 | oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia | Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Zapalenia Błony Naczyniowej Oka |
| 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 w dziedzinie okulistyki |
| 1.8 | zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia | 1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego;  2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych lub w oparciu o 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 do kwalifikacji pacjenta do programu lekowego Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) deksametazonem przez *Zespół Koordynacyjny Do Spraw Leczenia Zapalenia Błony Naczyniowej Oka*** |

**Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym *Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)***

***ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. LECZENIA ZAPALENIA BŁONY NACZYNIOWEJ OKA***

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imię i nazwisko pacjenta | 2. Data urodzenia |

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek (Oznaczenie podmiotu):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**B. Dane do kwalifikacji:**

**Obecność klinicznie znamiennego obrzęku plamki w przebiegu ZBN - TAK/NIE\***

**Czy pacjent był leczony wcześniej:**

- komercyjnie? TAK/NIE\*

- w ramach grupy JGP B.84? TAK/NIE\*

Ilość wykonanych iniekcji anty-VEGF:………………………………………………………………….

Uwagi:…………………………………………………………………………………………………….

***Ważne!***

|  |
| --- |
| ***Do wniosku należy dołączyć:***  ***1. zaświadczenie lekarza prowadzącego wyszczególniające czas wykonania poszczególnych iniekcji – zgodnie z opisem programu lekowego***  ***2. zaświadczenie stanowiące udokumentowane dwóch ostatnich lat leczenia – zgodnie z opisem programu lekowego*** |

**B. 1. Dane dotyczące stanu okulistycznego:**

Badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku:

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

**Badanie OCT**

**Data badania:**……………………….

OKO PRAWE – opis i/lub zdjęcie

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

OKO LEWE – opis i/lub zdjęcie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Badanie dna oka**

**Data badania:**……………………….

OKO PRAWE – opis i/lub zdjęcie

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

OKO LEWE – opis i/lub zdjęcie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Badanie angiografii fluoresceinowej**

**Data badania:**……………………….

OKO PRAWE – opis i/lub zdjęcie

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

OKO LEWE – opis i/lub zdjęcie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Badanie angio-OCT**

**Data badania:**……………………….

OKO PRAWE – opis i/lub zdjęcie

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

OKO LEWE – opis i/lub zdjęcie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Badanie ultrasonograficzne (typ B) gałki ocznej**

**Data badania:**……………………….

OKO PRAWE – opis i/lub zdjęcie

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

OKO LEWE – opis i/lub zdjęcie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Badanie angiografii indocyjaninowej**

**Data badania:**……………………….

OKO PRAWE – opis i/lub zdjęcie

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

OKO LEWE – opis i/lub zdjęcie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Pacjent spełnia wszystkie kryteria kwalifikacji opisane w opisie programu lekowego** TAK/NIE\*

UWAGI:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*\*właściwe zaznaczyć*

|  |  |
| --- | --- |
| *nadruk lub pieczątka zawierające imię i  nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *nadruk lub pieczątka zawierające imię i  nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

Warszawa, dnia……………………..

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do programu lekowego *Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)***

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Zapalenia Błony Naczyniowej Oka,

Pan....................................................................................................................................................

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko…………………………………………………Data urodzenia………………………….

Świadczeniodawca wnioskujący:…………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Lek:……………………………….

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
| Data decyzji: ………………………… | | | | ……………..……………………………… | |
|  | | |  | *nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Zapalenia Błony Naczyniowej Oka oraz jego podpis* | |

Administrator danych osobowych, przetwarzający dane niezbędne przy realizacji programu lekowego zobowiązany jest do stosowania przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO).

**2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach wynikających  
z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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, przetwarzający dane niezbędne przy realizacji programu lekowego zobowiązany jest do stosowania przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych — RODO).