

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

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	L40.0 - Łuszczyca pospolita
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. leczenia biologicznego w łuszczycy plackowatej
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii
1.7	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego; 2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych
1.8	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 - badanie i porada lekarska, konsultacja

2. Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej (ICD-10 L.40)

dotyczy pacjentów kwalifikowanych do leczenia sekukinumabem lub iksekizumabem

1. Wiek:.....
2. Płeć:.....
3. Masa ciała:.....
4. Świadczeniodawca:.....
5. Lek wnioskowany:.....
6. Wcześniejsze leczenie klasyczną terapią ogólną:

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

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

.....

8. Wyniki badań:

- a. Krwinki białe (WBC) [G/l].....
- b. Krwinki czerwone (RBC) [mln/ul].....
- c. MCV [fl].....
- d. Hemoglobina [g/dl].....
- e. Hematokryt [%].....
- f. Płytki krwi [G/l].....
- g. Granulocyty [G/l].....
- h. Limfocyty [G/l].....
- i. Kreatynina w surowicy [mg/dl].....
- j. Aspat [U/l].....
- k. Alat [U/l].....
- l. OB [mm/h].....

- m. CRP [mg/l].....
 - n. Białko w moczu [g/24h].....
 - o. Erytrocyty w moczu [wpw].....
 - p. Hbs.....
 - q. Anty-HCV.....
 - r. PCR HCV RNA.....
 - s. Próba tuberkulinowa.....
 - t. Quantiferon.....
9. Badanie RTG klatki piersiowej:
- a. Data RTG.....
 - b. Wynik RTG.....
10. PASI [%].....
11. DLQI.....
12. BSA [%].....
13. Do wniosku należy dołączyć dokumentację w postaci 1-3 zdjęć: pacjent cały przód, pacjent cały tył, poszczególne zmiany
14. Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria umożliwiające leczenie zgodnie z opisem programu
15. Opis pacjenta:
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Data i podpis lekarza wnioskującego