

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

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) oraz weryfikacja jego efektów
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) – część pośrednia, odcinek tylny lub cała błona naczyniowa
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. zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN)
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki
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. Wzory dokumentów niezbędnych do kwalifikacji pacjenta przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN)**

Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym  
*Leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN)*  
Wypełniony wniosek należy przelać wraz załącznikami pocztą elektroniczną na adres:

***zbn@wim.mil.pl***

***ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. LECZENIA  
ZAPALENIA BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ZBN)***

**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:**

**B. 1. Dane dotyczące stanu okulistycznego: proszę o zaznaczenie właściwej wartości**

Stopień nasilenia zmętnienia ciała szklatego wg kryteriów SUN	
OKO PRAWE	OKO LEWE
0	0
0,5+	0,5+
1+	1+
2+	2+
3+	3+
4+	4+

Liczba komórek w ciele szklistym wg kryteriów SUN	
OKO PRAWE	OKO LEWE
0	0
0,5+	0,5+
1+	1+
2+	2+
3+	3+
4+	4+

\* Pieczęć lub nadruk, lub naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON

Liczba komórek obserwowanych w komorze przedniej w wiązce szczelinowej wg kryteriów SUN	
OKO PRAWE	OKO LEWE
0 (< 1)	0 (< 1)
0,5+ (1-5)	0,5+ (1-5)
1+ (6-15)	1+ (6-15)
2+ (16-25)	2+ (16-25)
3+ (26-50)	3+ (26-50)
4+ (>50)	4+ (>50)

Nasilenie stanu zapalnego (zmętnienie) w komorze przedniej oka wg kryteriów SUN	
OKO PRAWE	OKO LEWE
0	0
1+	1+
2+	2+
3+	3+
4+	4+

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

Ocena dna oka i plamki żółtej w OCT (OKO PRAWE) – opis i/lub zdjęcie dna i przekrój OCT

.....

.....

.....

.....

Ocena dna oka i plamki żółtej w OCT (OKO LEWE) – opis i/lub zdjęcie dna i przekrój OCT

.....

.....

.....

.....

Ocena gałki ocznej w badaniu w USG typu B (OKO PRAWO) – opis

.....

.....

.....

.....

Ocena gałki ocznej w badaniu w USG typu B (OKO LEWE) – opis

.....

.....

.....

.....

**B.2 Dane dotyczące stanu ogólnego pacjenta:**

1. Potwierdzenie realizacji badań : morfologia z rozmazem, PLT, OB, AlAT, AspAT, poziom kreatyniny, stężenie elektrolitów w surowicy: (zaznacz właściwe)

TAK

NIE

2. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowych wartości powyższych badań – opis:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Próba tuberkulinowa lub test Quantiferon – proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

DODATNI

UJEMNY

4. Test na kiłę – proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

POZYTYWNY

NEGATYWNY

5. Test na boreliozę – proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

POZYTYWNY

NEGATYWNY

6. Obecność antygenu HBs – proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

OBECNY

NIEOBECNY

7. Przeciwciała anti-HCV – proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

OBECNE

NIEOBECNE

8. Obecność antygenu wirusa HIV – proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi:

OBECNY

NIEOBECNY

9. RTG klatki piersiowej (opis lub dołączony skan opisu):

.....

.....

.....  
.....  
10. EKG (opis lub dołączony skan opisu):  
.....  
.....  
.....

11. Konsultacja neurologiczna (opis lub dołączony skan opisu):  
.....  
.....  
.....

12. MRI (opcjonalnie – do decyzji neurologa) (opis lub dołączony skan opisu):  
.....  
.....  
.....

13. Konsultacja ginekologiczna (jeśli dotyczy) (opis lub dołączony skan opisu):  
.....  
.....  
.....

14. Beta-HCG z datą badania (jeśli dotyczy): .....

15. Czy pacjentka (w wieku rozrodczym) spełnia wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej ChPL adalimumabu - TAK / NIE

16. Czy pacjent/pacjentka spełnia wszystkie pozostałe kryteria umożliwiające leczenie zgodnie z opisem programu – TAK / NIE

17. Czy inne choroby współistniejące (np. choroby infekcyjne lub nowotworowe) nie są przeciwwskazaniem do leczenia pacjenta/pacjentki w programie  
TAK / NIE

18. Obecność współistniejącej zdiagnozowanej choroby autoimmunologicznej

TAK/NIE

Jeżeli tak, rozpoznanie:

1.

2.

19. Przebieg dotychczasowego leczenia:

Data początku choroby:

Steroidy stosowane lokalnie:

Lek:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Dawkowanie (średnie):

Droga podania:

Lek:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Dawkowanie (średnio):

Droga podania:

Steroidy stosowane ogólnie:

Lek:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Dawkowanie (średnio):

Droga podania:

Lek:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Dawkowanie (średnio):

Droga podania:

Leki immunosupresyjne:

Lek:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Dawkowanie (średnio):

Droga podania:

Lek:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Dawkowanie (średnio):

Droga podania:

Leki biologiczne:

Lek:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Dawkowanie (średnio):

Droga podania:

Lek:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Dawkowanie (średnio):

Droga podania:

Inne leki:

Lek:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Dawkowanie (średnio):

Droga podania:

Lek:

Data rozpoczęcia:

Data zakończenia:

Dawkowanie (średnio):

Droga podania:

*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*

---

**Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia  
Zapalenia Błony Naczyniowej Oka (ZBN)**

Artykuł I. 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.

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

Artykuł III. Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie adalimumabem 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).

Warszawa, dnia.....



**Decyzja dotycząca kwalifikacji do programu lekowego *Leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN)***

Przewodniczący Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Zapalenia Błony Naczyniowej Oka,  
Pan.....

Dotyczy pacjenta:

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

Świadczeniodawca wnioskujący:.....

Lek: Adalimumab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji: .....

.....  
*Nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko  
Przewodniczącego Zespołu Koordynującego  
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).