

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia choroby Wilsona oraz weryfikację jego skuteczności**

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia choroby Wilsona oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie choroby Wilsona
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	E83.0 – Choroba Wilsona
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia choroby Wilsona
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii i neurologii dziecięcej oraz lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii i gastroenterologii dziecięcej
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 lub w oparciu o dokument, którego wzór został określony w pkt 2;
1.8	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 W PROGRAMIE LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA WILSONA (ICD-10 E83.0)

1. Imię i nazwisko pacjenta:.....

2. Wiek:.....

3. Świadczeniodawca:.....

4. Dane kontaktowe osoby składającej wniosek:

imię i nazwisko.....

telefon i adres email:.....

5. Postać choroby:.....

6. Obecność zaburzeń neurologicznych.....

7. Ocena stanu w skali UWDRS II (tylko w przypadku obecności zaburzeń  
neurologicznych).....

8. Ocena stanu w skali UWDRS III: (tylko w przypadku obecności zaburzeń  
neurologicznych).....

9. Obecność pierścienia Kaysera-Fleischera:.....

10. 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].....

- j. Badanie ogólne moczu .....
- k. Aspat [U/l].....
- l. Alat [U/l].....
- m. INR.....
- n. PT (sek.).....
- o. Bilirubina całkowita (mg/dl).....
- p. Bilirubina bezpośrednia (mg/dl) .....
- q. Ceruloplazmina (mg/dl) .....
- r. Wolna miedź w surowicy krwi (µg/dl).....
- s. Całkowita miedź we krwi (mg/l) .....
- t. Dobowe wydalanie miedzi z moczem (µg/24 godz.).....

11. Badanie USG wątroby:

- a. Data USG.....
- b. Wynik USG.....

7. Badanie MRI głowy:

- a. Data MRI.....
- b. Wynik MRI.....

14. Pacjent spełnia wszystkie pozostałe kryteria umożliwiające leczenie zgodnie z opisem programu.....

15. Opis pacjenta:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data:.....

.....

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

## 2.1 ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY WILSONA

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 trientyną oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego 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, 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).