

### Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia w chorobach siatkówki oraz weryfikację skuteczności leczenia

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) oraz weryfikacja skuteczności leczenia kwalifikacja do leczenia cukrzycowego obrzęku plamki (DME) oraz weryfikacja skuteczności leczenia
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) 2) Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME)
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	H 35.3 - Zwyrodnienie plamki i bieguna tylnego H 36.0 – Retinopatia cukrzycowa
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny Do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki
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 opisach programów lekowych; 2) w przypadku programu AMD - kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych 3) w przypadku programu DME – do czasu udostępnienia elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o dokumenty, których 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. Wzory dokumentów niezbędnych do kwalifikacji pacjenta do programu lekowego  
Leczenie cukrzycowego obrzęku plamki przez Zespół Koordynacyjny Do Spraw Leczenia  
Chorób Siatkówki**

**Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym *Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME)***

***ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DO SPRAW LECZENIA CHOROÓB SIATKÓWKI***

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

1. Inicjały pacjenta	2. Data urodzenia
----------------------	-------------------

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek (Oznaczenie podmiotu\*):

**B. Dane do kwalifikacji:**

**Obecność rozlanego, klinicznie znamiennego obrzęku plamki (DME) z zajęciem dołka w przebiegu cukrzycy\*:**

- DRT – postać gąbczasta (rozlana)
- CME – postać torbielowata
- SRD – postać surowicza

**Czy pacjent był leczony wcześniej:**

- komercyjnie TAK/NIE\*
- w ramach grupy JGP B.84? TAK/NIE\*

Ilość wykonanych iniekcji anti-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***

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

Czy pacjent wymaga zmiany leku? TAK/NIE\*

Uwagi:.....

**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 angiografii indocyjaninowej**

**Data badania:**.....

OKO PRAWE – opis i/lub zdjęcie

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

OKO LEWE – opis i/lub zdjęcie

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

**Stężenie HbA1c – proszę podać wartość:**.....

**Data badania:**.....

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

**UWAGI:**

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

*\*właściwe zaznaczyć*

*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*

\_\_\_\_\_

Warszawa, dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do programu lekowego *Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME)***

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego Do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki,  
Pan.....

Dotyczy pacjenta:  
Inicjały.....Data urodzenia.....

Świadczeniodawca wnioskujący:.....

Lek:.....

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji: .....

.....  
*Nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko  
Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego  
ds. Leczenia Chorób Siatkówki 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).