

**ZARZĄDZENIE NR 16/2022/DGL
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 11 lutego 2022 r.

**w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie
programy lekowe**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust. 1 oraz w związku z art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1.
Postanowienia ogólne**

§ 1. 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
– w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe.

2. Realizacja i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe odbywa się na podstawie umowy zawieranej pomiędzy świadczeniodawcą a Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. Kryteria dotyczące:

- 1) świadczeniobiorców kwalifikujących się do leczenia w ramach programu,
- 2) dawkowania leków w programie,
- 3) badań diagnostycznych wykonywanych w ramach programu
– są określone w obwieszczeniu ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, 1292, 1559, 2054 i 2120), zwanej dalej „ustawą o refundacji”.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **import docelowy** – tryb dopuszczania do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej leków, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977 i 2120), zwanej dalej „Prawem farmaceutycznym”;
- 3) **jednostka koordynująca** – świadczeniodawcę, przy którym działa zespół koordynacyjny, o którym mowa w pkt 27, zapewniający warunki do funkcjonowania zespołu;
- 4) **katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych** – wykaz leków refundowanych stosowanych w ramach programów lekowych, określony w obwieszczeniu ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji;
- 5) **katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych** – wykaz substancji czynnych stosowanych w ramach programów lekowych, czasowo niedostępnych w obrocie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, dla których minister właściwy do spraw zdrowia wydał zgodę na czasowe dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych sprowadzanych z zagranicy;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 64 i 91.

- 6) **lokalizacja** – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
- 7) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu;
- 8) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 9) **oddział z poradnią** – sposób organizacji udzielania świadczeń, określony w **załączniku nr 3** do zarządzenia, zgodnie z którym świadczenia udzielane są na całodobowym oddziale szpitalnym oraz w poradni specjalistycznej;
- 10) **oddział z oddziałem leczenia jednego dnia** – sposób organizacji udzielania świadczeń określony w **załączniku nr 3** do zarządzenia, zgodnie z którym świadczenia udzielane są na całodobowym oddziale szpitalnym oraz na oddziale leczenia jednego dnia;
- 11) **ogólne warunki umów** – ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 12) **opis programu lekowego** – informacje dotyczące kryteriów kwalifikacji do programu lekowego, kryteriów wyłączenia z programu, dawkowania leków w ramach programu, monitorowania wyników leczenia, monitorowania wyników programu, a także czasu leczenia w programie;
- 13) **osobodzień** – jednostkę miary służącą do rozliczania świadczeń opisanych w katalogu świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe, stanowiącym **załącznik nr 1k** do zarządzenia;
- 14) **punkt** – jednostkę miary służącą do określenia wartości świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe;
- 15) **raport statystyczny** – informację o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym;
- 16) **rozporządzenie kryterialne** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 148 ust. 3 ustawy o świadczeniach;
- 17) **ryczałt za diagnostykę** – produkt rozliczeniowy, w ramach którego finansowany jest uśredniony koszt badań diagnostycznych wymaganych przy kwalifikacji i w trakcie realizacji programu lekowego, wykonywanych u świadczeniobiorcy objętego tym programem w danym roku kalendarzowym, z wyłączeniem badań genetycznych wykonywanych w trakcie kwalifikacji do programu lekowego, z zastrzeżeniem § 24 ust. 4;
- 18) **SMPT** – elektroniczny system monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c ustawy o świadczeniach, uzupełniany przez świadczeniodawców za pomocą aplikacji informatycznej wskazanej przez Prezesa Funduszu i udostępnionej przez oddział Funduszu;
- 19) **świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym** – świadczenia gwarantowane udzielane podczas wizyty ambulatoryjnej, w ramach której u świadczeniobiorcy wykonywane jest badanie lekarskie, w trakcie którego są:
- a) udzielane lub zlecane niezbędne świadczenia diagnostyczne lub terapeutyczne lub
 - b) podawane lub wydawane leki;
- 20) **świadczenia wykonywane w trybie hospitalizacji** – świadczenia gwarantowane udzielane świadczeniobiorcy całodobowo w trybie planowym albo nagłym, obejmujące świadczenia: diagnostyczne, terapeutyczne, pielęgnacyjne i rehabilitacyjne - od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu;
- 21) **świadczenia wykonywane w trybie jednodniowym** – świadczenia gwarantowane udzielane świadczeniobiorcy z zamiarem zakończenia ich udzielania w czasie nieprzekraczającym 24 godzin;

- 22) **świadczenia wykonywane w warunkach domowych** – wybrane świadczenia realizowane w ramach programu lekowego „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B”, obejmujące system dostaw domowych koncentratów czynników krzepnięcia;
- 23) **taryfa** – wartość jednostkową leku obliczaną zgodnie ze wzorem określonym w § 23 ust. 3 pkt 2 lit. d;
- 24) **współczynnik korygujący** – ustalany przez Prezesa Funduszu współczynnik, o którym mowa w ogólnych warunkach umów;
- 25) **zakres świadczeń** – świadczenie lub grupę świadczeń wyodrębnionych w rodzaju leczenia szpitalne, w zakresie programy lekowe, dla których w umowie określa się kwotę finansowania;
- 26) **zapewnienie realizacji badań** – zapewnienie wykonywania świadczeń diagnostycznych, w miejscu lub lokalizacji określonych w umowie lub poza nimi;
- 27) **zespół koordynacyjny** – konsylium złożone z lekarzy specjalistów mające na celu kwalifikację do danego programu lekowego oraz weryfikację skuteczności leczenia w tym programie, powoływane na stałe, w przypadku, gdy opis programu lekowego przewiduje jego funkcjonowanie.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w ustawie o świadczeniach, ustawie o refundacji oraz w ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2.

Przedmiot postępowania

§ 3. 1. Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umów, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do realizacji programów lekowych odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) grupy powiatów lub miasta i grupy powiatów;
- 3) miasta;
- 4) powiatu.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) - (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.), oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85110000-3 usługi szpitalne i podobne;
- 2) 85121200-5 specjalistyczne usługi medyczne;
- 3) 85143000-3 usługi ambulatoryjne.

3. W przypadku gdy świadczeniodawca realizuje świadczenia z więcej niż jednego zakresu, kontraktowanie każdego zakresu przeprowadzane jest odrębnie.

Rozdział 3.

Szczegółowe warunki umowy

§ 4. Przedmiotem umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, zwanej dalej „umową”, jest realizacja świadczeń finansowanych przez Fundusz, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, określonych w:

- 1) Wykazie programów lekowych, zwanym dalej „wykazem programów”, stanowiącym **załącznik nr 4** do zarządzenia;
- 2) Katalogu świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe, zwanym dalej „katalogiem świadczeń”, stanowiącym **załącznik nr 1k** do zarządzenia;
- 3) Katalogu leków refundowanych stosowanych w programach lekowych, zwanym dalej „katalogiem leków”, stanowiącym **załącznik nr 1m** do zarządzenia;
- 4) Katalogu ryczałów za diagnostykę w programach lekowych, zwanym dalej „katalogiem ryczałów”, stanowiącym **załącznik nr 1l** do zarządzenia;

5) Katalogu refundowanych substancji czynnych w programach lekowych, zwanym dalej „katalogiem substancji”, w przypadku, o którym mowa w § 5.

§ 5. 1. W przypadku wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia zgody na czasowe dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych sprowadzanych z zagranicy, katalog substancji określa załącznik do zarządzenia.

2. Katalog o którym mowa w ust. 1, stanowi **załącznik nr 2t** do zarządzenia.

§ 6. 1. Wzór umowy określony jest w **załączniku nr 2** do zarządzenia.

2. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

§ 7. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu, w szczególności w **załączniku nr 3** do zarządzenia oraz w przepisach odrębnych.

2. Konieczność spełnienia wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń.

3. W przypadku złożenia oferty, o której mowa w art. 135 ust. 1 ustawy o świadczeniach, dotyczącej:

- 1) oddziału z poradnią albo
- 2) oddziału z oddziałem leczenia jednego dnia, albo
- 3) oddziału z oddziałem leczenia jednego dnia oraz z poradnią, albo
- 4) oddziału leczenia jednego dnia z poradnią

– ocena oferty odbywa się łącznie dla wskazanych miejsc udzielania świadczeń.

4. Godziny pracy personelu, określone w wymaganiach, o których mowa w ust. 1, mogą się pokrywać z godzinami pracy tego personelu w macierzystym oddziale lub poradni, w których odbywa się realizacja danego programu lekowego.

5. Minimalny czas pracy poradni specjalistycznej wynosi 8 godzin w tygodniu.

6. W przypadkach, w których wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia wprowadzają możliwość realizacji świadczeń na:

- 1) całodobowym oddziale szpitalnym oraz w poradni specjalistycznej albo
 - 2) całodobowym oddziale szpitalnym i na oddziale leczenia jednego dnia, albo
 - 3) całodobowym oddziale szpitalnym i na oddziale leczenia jednego dnia oraz w poradni specjalistycznej
- czas pracy personelu ustalany i weryfikowany jest łącznie dla wskazanych miejsc udzielania świadczeń.

7. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń w:

- 1) poradni specjalistycznej albo
- 2) oddziale leczenia jednego dnia, albo
- 3) poradni specjalistycznej i oddziale leczenia jednego dnia

– wymóg dotyczący czasu pracy personelu uważa się za spełniony, jeżeli godziny pracy personelu są dostosowane do harmonogramu pracy miejsca udzielania świadczeń lub został spełniony warunek dotyczący minimalnego czasu pracy personelu określony w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

§ 8. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w **załączniku nr 3 do umowy**.

2. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

3. Fundusz zobowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz o jej wynikach.

4. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą wymaga zgłoszenia Funduszowi, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy, służące wykonaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

6. Aktualizacja danych, o których mowa w ust. 5, jest dokonywana za pomocą aplikacji informatycznych udostępnionych przez Fundusz.

§ 9. Świadczeniodawca realizujący umowę, jest zobowiązany do:

- 1) monitorowania stanu świadczeniobiorcy uczestniczącego w programie zgodnie z opisem programu;
- 2) wykonywania wymaganych badań diagnostycznych w terminach określonych w opisach programów;
- 3) udostępniania prowadzonej dokumentacji medycznej na żądanie Funduszu;
- 4) współpracy z zespołem koordynacyjnym i przekazywania zespołowi koordynacyjnemu dokumentów wymaganych zgodnie z **załącznikami nr 9 - 27** do zarządzenia, jeżeli opis programu przewiduje funkcjonowanie takiego zespołu;
- 5) przekazywania oddziałowi Funduszu danych, których zakres, formę i termin przekazania określa opis programu oraz umowa;
- 6) uzupełniania i przechowywania w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy:
 - a) karty wydania leku, której wzór jest określony w **załączniku nr 6** do zarządzenia oraz
 - b) karty włączenia świadczeniobiorcy do programu lekowego, której wzór jest określony w **załączniku nr 7** do zarządzenia;
- 7) prawidłowego i terminowego uzupełniania danych w SMPT.

§ 10. 1. Świadczeniodawca kwalifikuje świadczeniobiorcę do programu lekowego zgodnie z kryteriami określonymi w opisie programu.

2. W przypadku, gdy opis programu lekowego przewiduje funkcjonowanie zespołu koordynacyjnego ostateczna kwalifikacja świadczeniobiorcy do tego programu dokonywana jest zgodnie z zasadami określonymi w **załącznikach nr 9 - 27** do zarządzenia.

3. Świadczeniodawca wyłącza świadczeniobiorcę z programu lekowego w przypadku braku efektu leczenia, bądź w razie spełnienia przez świadczeniobiorcę któregośkolwiek z kryteriów wyłączenia wymienionego w opisie tego programu.

4. Świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania każdej substancji czynnej ujętej w katalogu leków lub w przypadku, o którym mowa w § 5, katalogu substancji zgodnie z dawkowaniem określonym w opisie programu lekowego.

§ 11. Świadczenia z katalogu świadczeń są wykonywane w trybie:

- 1) ambulatoryjnym;
- 2) jednodniowym - wyłącznie w przypadku, gdy cel terapii nie może być osiągnięty przez leczenie prowadzone w trybie ambulatoryjnym;
- 3) hospitalizacji - wyłącznie w przypadku, gdy cel terapii nie może być osiągnięty przez leczenie prowadzone w trybie jednodniowym lub w trybie ambulatoryjnym.

§ 12. 1. Nabycie leków niezbędnych do realizacji programów lekowych:

- 1) Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki,
- 2) Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1,
- 3) Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN),
- 4) Leczenie zespołu Prader – Willi,

- 5) Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT),
- 6) Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR),
- 7) Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B,
- 8) Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie

– odbywa się po przeprowadzeniu wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, w którym pomocnicze działania zakupowe realizuje Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, na podstawie art. 37 ust. 2-4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, 1598, 2054 i 2269 oraz z 2022 r. poz. 25), zwanej dalej „ustawą PZP”.

2. Postępowanie, o którym mowa w ust. 1, przeprowadzane jest przez zamawiającego upoważnionego na podstawie art. 38 ustawy PZP, przez świadczeniodawców realizujących programy lekowe określone w ust. 1.

3. W przypadku programów lekowych, o których mowa w ust. 1:

- 1) pkt 1-6 i 8 - świadczeniodawca realizujący co najmniej jeden z tych programów zobowiązany jest do udzielenia upoważnienia do przeprowadzenia wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego jednostce koordynującej, przy której funkcjonuje Zespół Koordynacyjny ds. leczenia hormonem wzrostu lub insulinopodobnym czynnikiem wzrostu współpracującej z Zespołem Koordynacyjnym ds. stosowania hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie;
- 2) pkt 7 - świadczeniodawca realizujący ten program zobowiązany jest do udzielenia upoważnienia do przeprowadzenia wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego jednostce koordynującej, przy której funkcjonuje Zespół Koordynacyjny ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B.

§ 13. 1. Nabycie leków niezbędnych do realizacji programów lekowych innych niż wymienione w § 12 ust. 1 może odbywać się po przeprowadzeniu wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

2. Decyzję o przeprowadzeniu wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego podejmuje Prezes Funduszu.

3. Prezes Funduszu dokonuje wyboru podmiotu przeprowadzającego wspólne postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, Prezes Funduszu zamieszcza na stronie internetowej Funduszu informację zawierającą w szczególności:

- 1) nazwę substancji czynnej, która będzie nabywana w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego wraz z nazwą programu lekowego;
- 2) nazwę podmiotu przeprowadzającego wspólne postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego wraz z danymi do kontaktu.

5. Postępowanie, o którym mowa w ust. 1, przeprowadzane jest przez zamawiającego upoważnionego na podstawie art. 38 ustawy PZP.

6. Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach programów lekowych zobowiązany jest do zawarcia porozumienia zgodnie z art. 38 ust. 1 i 2 ustawy PZP oraz udzielenia upoważnienia do przeprowadzenia wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego wzór jest określony w **załączniku nr 8**, podmiotowi, który będzie przeprowadzał to postępowanie. Upoważnienie, o którym mowa w zdaniu pierwszym, składa się do właściwego dyrektora oddziału Funduszu w terminie 14 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej Funduszu informacji, o której mowa w ust. 4.

7. Dyrektor oddziału Funduszu po otrzymaniu upoważnienia, o którym mowa w ust. 6, niezwłocznie przekazuje dokument podmiotowi, o którym mowa w ust. 5.

8. Udzielanie świadczeń z wykorzystaniem leku nabytego w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego rozpoczyna się nie później niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie dwóch miesięcy od dnia zawarcia umowy z wykonawcą wybranym w wyniku przeprowadzenia wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

9. Leki, o których mowa w ust. 1, mogą być zakupione przez świadczeniodawcę poza wspólnym postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego, w przypadku gdy zostanie udokumentowana konieczność zastosowania innego leku, w okresie objętym umową zawartą w wyniku przeprowadzenia wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, związana z wystąpieniem:

- 1) działań niepożądanych;
- 2) nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) nieskuteczności leczenia;
- 4) konieczności kontynuacji terapii lekiem biologicznym u chorych z rozpoznaniem wstrząsu anafilaktycznego bądź choroby posurowiczej.

10. Udokumentowanie konieczności zastosowania leku, o której mowa w ust. 9, polega na dokonaniu odpowiednich wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta i zgłoszeniu działań niepożądanych do Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

§ 14. 1. Świadczeniodawca jest zobowiązany do weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca zobowiązany jest do uzyskania w Funduszu upoważnienia do korzystania z usług Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń.

3. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca składa w Funduszu wniosek, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

4. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 2, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną, o której mowa w § 5 ust. 3 umowy.

5. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z Funduszem, upoważnienie, o którym mowa w ust. 2, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

§ 15. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są osobiście przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje oraz spełniające wymagania określone w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej mogą być udzielane również przez lekarzy w trakcie specjalizacji oraz lekarzy ze specjalizacją I stopnia w dziedzinach medycyny określonych w odniesieniu do odpowiedniego programu lekowego w **załączniku nr 3** do zarządzenia.

3. Świadczeniodawca przekazuje do Funduszu wykaz personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 2 do umowy**.

4. Wszelkie zmiany dotyczące personelu, o którym mowa w ust. 3, wymagają akceptacji Funduszu.

§ 16. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę, przekazuje do Funduszu harmonogram, o którym mowa w § 1 pkt 2 ogólnych warunków umów, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 2 do umowy**.

2. Wszelkie zmiany dotyczące harmonogramu wymagają akceptacji Funduszu.

§ 17. 1. Przed rozpoczęciem terapii świadczeniobiorcy w ramach programu lekowego:

- 1) Leczenie chorych na pierwotne chłoniaki skórne T – komórkowe,
- 2) Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc,
- 3) Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)

– świadczeniodawca zobowiązany jest do opracowania strategii postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wobec każdego świadczeniobiorcy zgłoszonego do udziału w programie. Strategia sporządzana jest na piśmie i dołączana jest do indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

2. Strategia, o której mowa w ust. 1, w zakresie programu określonego w ust. 1:

1) pkt 1, jest wypracowywana w ramach konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie:

- a) dermatologii i wenerologii oraz
- b) hematologii lub onkologii klinicznej;

2) pkt 2, jest wypracowywana w ramach konsylium złożonego z lekarzy specjalistów w dziedzinach:

- a) chorób płuc posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu chorób śródmiąższowych płuc oraz
- b) radiologii posiadającego doświadczenie w opisywaniu badań tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości u chorych na śródmiąższowe choroby płuc, oraz
- c) patomorfologii - w przypadku konieczności potwierdzenia rozpoznania badaniem histopatologicznym;

3) pkt 3, jest wypracowywana w ramach konsultacji z lekarzem specjalistą w dziedzinie:

- a) onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub neurologii, lub neurologii dziecięcej oraz
- b) neurochirurgii

– w trakcie której podejmowana jest decyzja w sprawie zakwalifikowania do leczenia chirurgicznego.

3. W przypadku programu lekowego, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, dokument potwierdzający niezakwalifikowanie do leczenia chirurgicznego składa się w indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy oraz w SMPT.

§ 18. 1. Zespół koordynacyjny powoływany jest przez Prezesa Funduszu w przypadku, gdy opis programu lekowego tak stanowi.

2. Zespół koordynacyjny działa przy jednostce koordynującej.

§ 19. Oznaczenie powołanych zespołów koordynacyjnych i zakres ich działania określają **załączniki nr 9 - 27** do zarządzenia.

§ 20. Zespół koordynacyjny działa na podstawie regulaminu określonego przez Prezesa Funduszu.

Rozdział 4. Rozliczanie świadczeń

§ 21. Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe następuje zgodnie z umową, niniejszym zarządzeniem oraz odrębnymi przepisami.

§ 22. 1. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest:

- 1) rachunek oraz
- 2) raport statystyczny, oraz
- 3) sprawozdanie dotyczące ewidencji faktur zakupu leków.

2. Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania dokumentów i informacji, o których mowa w ust. 1, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.

3. W terminie do 10. dnia każdego miesiąca, świadczeniodawca zobowiązany jest złożyć do Funduszu:

- 1) rachunek w formie papierowej lub elektronicznej wraz z raportem statystycznym w formie elektronicznej,
- 2) sprawozdanie w formie elektronicznej dotyczące „Ewidencji faktur”, przekazywane do Funduszu zgodnie z formatem XML określonym w załączniku nr 6 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML – w przypadku faktur potwierdzających zakup leków z katalogu leków

– za miesiąc poprzedni.

4. Dane i informacje zawarte w raporcie statystycznym, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, przekazywane są w zakresie, postaci oraz formie określonych w:

- 1) przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach oraz
- 2) załączniku nr 1 do zarządzenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 2.

5. W raporcie statystycznym świadczeniodawca jest zobowiązany do sprawozdawania rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD 10 oraz procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych – ICD 9.

6. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców do Funduszu podlega weryfikacji przez Fundusz.

7. Wystawienie rachunku następuje na podstawie zatwierdzonego przez Fundusz raportu statystycznego oraz żądania naliczania świadczeń wygenerowanego przez świadczeniodawcę z użyciem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych udostępnionych przez Fundusz.

8. W przypadku:

- 1) przedstawienia przez świadczeniodawcę:
 - a) niekompletnych lub nieprawidłowych dokumentów rozliczeniowych lub
 - b) dokumentów rozliczeniowych w sposób nieprawidłowy, lub
- 2) zawarcia w dokumentach rozliczeniowych niepełnych lub nieprawdziwych danych lub informacji – następuje wstrzymanie płatności za udzielone świadczenia, których dotyczą nieprawidłowości.

§ 23. 1. Jednostką rozliczeniową jest punkt.

2. Rozliczanie świadczeń odbywa się zgodnie z ogólnymi warunkami umów oraz umową.

3. Należność za świadczenia stanowi sumę „iloczynu świadczeń” oraz „iloczynu leków” albo „iloczynu świadczeń” oraz „iloczynu substancji”, albo „iloczynu świadczeń”, „iloczynu leków” oraz „iloczynu substancji”, gdzie:

- 1) „iloczyn świadczeń” to iloczyn:
 - a) liczby udzielonych świadczeń,
 - b) wartości punktowych świadczeń określonych w katalogu świadczeń albo w katalogu ryczałów,
 - c) ceny punktu;
- 2) „iloczyn leków” to iloczyn:
 - a) ilości substancji czynnej podanej świadczeniobiorcy zawartej w leku, identyfikowanym poprzez kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN, umieszczonym w katalogu leków,
 - b) wagi punktowej jednostki miary leku określonej w katalogu leków,
 - c) ceny punktu,
 - d) taryfy dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN określonej według wzoru:

$$T = \frac{L}{I}$$

- gdzie:

-- T – taryfa,

-- L – cena z faktury zakupu leku dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN, nie wyższa niż wysokość limitu finansowania zgodnie z obwieszczeniem ministra właściwego do spraw zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, obowiązującym w dniu podania lub wydania leku,

-- I – liczba jednostek miary (jednostka miary zgodna z załącznikiem nr 1m do zarządzenia) w opakowaniu dla danego kodu EAN lub innego kodu odpowiadającego kodowi EAN;

3) „iloczyn substancji” to iloczyn:

- a) liczby udzielonych świadczeń,
- b) wartości punktowej świadczeń określonej w katalogu substancji,
- c) ceny punktu oraz
- d) ilości podanych lub wydanych świadczeniobiorcom jednostek miary substancji czynnych rozumianych jako krotność jednostek rozliczeniowych substancji czynnej.

4. Rozliczeniu podlegają podane lub wydane świadczeniobiorcy leki w ilościach stanowiących wielokrotność bądź ułamek poszczególnych pozycji w katalogu leków.

5. Ilość podanego lub wydanego świadczeniobiorcy leku musi być zgodna z dawkowaniem określonym w opisie programu lekowego.

6. Świadczeniodawca ma prawo rozliczyć tylko taką ilość leku, która została podana lub wydana świadczeniobiorcom. Niewykorzystana część leku nie podlega rozliczeniu.

7. W przypadku świadczeń wykonywanych w trybie hospitalizacji dzień przyjęcia do leczenia oraz jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień.

8. Należność dla danego zakresu świadczeń za bieżący okres sprawozdawczy może być większa niż wynikająca z ust. 3, w przypadku gdy należności za poprzednie okresy sprawozdawcze w okresie obowiązywania umowy były mniejsze niż wynikające z ust. 3.

9. W przypadku, o którym mowa w ust. 8, łączna kwota należności za bieżący i poprzednie okresy sprawozdawcze nie może być wyższa od sumy iloczynów jednostek rozliczeniowych i cen jednostkowych, określonych w planie rzeczowo-finansowym dla bieżącego i poprzednich okresów sprawozdawczych, dla danego zakresu świadczeń.

10. Należność z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy określona w rachunku przekazywanym przez świadczeniodawcę, stanowi sumę należności odpowiadających poszczególnym zakresom świadczeń.

11. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, po przekroczeniu kwoty zobowiązania określonej w umowie dla zakresu, w którym udzielono tych świadczeń, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, zwiększeniu ulegają liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania w tym zakresie, z zastrzeżeniem, że liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania może wzrosnąć maksymalnie o liczbę jednostek rozliczeniowych i wartość, odpowiadającą świadczeniom udzielonym świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia ponad kwotę zobowiązania, w tym kwartale.

12. Rozliczenie podania leku zawierającego substancję czynną z katalogu substancji jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy sprowadzenie tego leku z zagranicy nastąpiło:

- 1) na podstawie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanej w trybie art. 4 Prawa farmaceutycznego lub
- 2) na podstawie decyzji Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, wydanej w trybie art. 4c Prawa farmaceutycznego, wyrażającej zgodę na czasowe:
 - a) zwolnienie z obowiązku umieszczenia na opakowaniu i w ulotce dołączanej do opakowania niektórych danych szczegółowych lub
 - b) w całości albo w części zwolnienie z obowiązku sporządzenia oznakowania opakowania i ulotki dołączanej do opakowania w języku polskim.

13. Kopie faktur zakupu leków, o których mowa w ust. 12, przekazywane są przez świadczeniodawcę do Funduszu.

§ 24. 1. Koszty badań diagnostycznych realizowanych w danym programie lekowym są rozliczane przez świadczeniodawcę ryczałtem określonym dla każdego programu lekowego w katalogu ryczałtów.

2. Rozliczenie, o którym mowa w ust. 1, dokonywane jest:

- 1) w całości nie częściej niż raz w roku kalendarzowym, w trakcie leczenia świadczeniobiorcy w ramach programu albo
- 2) w częściach wykonanych - do wysokości nie wyższej niż wysokość kwoty określonej w katalogu ryczałtów – proporcjonalnie do liczby miesięcy leczenia świadczeniobiorcy w programie, po upływie danego okresu leczenia.

3. W przypadku, gdy zgodnie z opisem programu całość terapii świadczeniobiorcy trwa krócej niż 12 miesięcy rozliczenie, o którym mowa w ust. 1:

- 1) może być dokonane tylko raz po zakończeniu terapii;
- 2) nie jest zmniejszane proporcjonalnie do liczby miesięcy leczenia świadczeniobiorcy w programie, za wyjątkiem sytuacji, gdy w trakcie terapii pacjent został wyłączony z programu lub zmarł.

4. W przypadku programów lekowych dotyczących leczenia chorób hematologicznych badania genetyczne wykonywane w trakcie kwalifikacji do programu lekowego finansowane są w ramach odpowiedniego ryczałtu diagnostycznego, jeżeli świadczeniobiorca został zakwalifikowany do tego programu.

5. W przypadku realizacji programów lekowych Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) oraz Leczenie cukrzycowego obrzęku plamki (DME) rozliczenie, o którym mowa w ust. 1, dokonywane jest:

- 1) jednorazowo przy kwalifikacji - w oparciu o świadczenia o kodach 5.08.08.0000154, 5.08.08.0000156 w przypadku pacjentów pozytywnie zakwalifikowanych do programów lekowych;
- 2) każdorazowo przed podaniem leku – w oparciu o świadczenia o kodach 5.08.08.0000155, 5.08.08.0000157.

§ 25. 1. W przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie programu lekowego „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową”, wartość produktu rozliczeniowego z katalogu ryczałtów dla świadczenia o kodzie 5.08.08.0000079 „Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową” korygowana jest z zastosowaniem współczynnika 1,68.

2. Przepis ust. 1 stosuje się w przypadku, gdy:

- 1) całkowity koszt terapii danego świadczeniobiorcy lekami finansowanymi w programie lekowym „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową” nie przekroczył 15 000 zł lub
- 2) terapia dotyczy leczenia pacjentów ze zwłóknieniem wątroby sklasyfikowanym jako F3 lub F4.

§ 26. 1. W przypadku, gdy u danego świadczeniodawcy w trakcie terapii określonego świadczeniobiorcy w danym okresie koszt każdej rozliczonej jednostki danej substancji czynnej nie jest większy niż koszt wskazany w katalogu współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych, zwanym dalej „katalogiem współczynników”, stanowiącym **załącznik nr 5** do zarządzenia, wartość:

- 1) produktu rozliczeniowego z katalogu ryczałtów lub
 - 2) świadczenia z katalogu świadczeń
- jest korygowana z zastosowaniem współczynnika korygującego.

2. Zakres oraz warunki stosowania, a także wartość współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 1, określa katalog współczynników.

§ 27. 1. Substancje czynne z katalogu leków lub w przypadku, o którym mowa w § 5, katalogu substancji rozliczane są łącznie ze świadczeniami z katalogu świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W przypadkach uzasadnionych medycznie dopuszczalne jest łączne rozliczanie substancji czynnych z katalogu leków lub w przypadku, o którym mowa w § 5, katalogu substancji lub świadczeń z katalogu ryczałtów ze świadczeniami:

- 1) zawartymi w:
 - a) katalogu grup określonym w załączniku nr 1a,
 - b) katalogu produktów odrębnych określonym w załączniku nr 1b,

c) katalogu produktów do sumowania określonym w załączniku nr 1c,

d) katalogu radioterapii określonym w załączniku nr 1d

– do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne lub

2) zawartymi w:

a) katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii określonym w załączniku nr 1n,

b) katalogu świadczeń wspomagających określonym w załączniku nr 1j

– do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii.

3. Niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń z katalogu świadczeń ze świadczeniami:

1) zawartymi w:

a) katalogu grup określonym w załączniku nr 1a,

b) katalogu produktów odrębnych określonym w załączniku nr 1b

– do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne albo

2) zawartymi w katalogu świadczeń podstawowych określonym w załączniku nr 1e do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii.

4. Niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego ze świadczeniami w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

5. W przypadku, gdy u świadczeniobiorcy w terapii danego schorzenia stosowane są jednocześnie:

1) leki z katalogu leków lub w przypadku, o którym mowa w § 5, substancje z katalogu substancji oraz

2) leki z katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii lub substancje z katalogu refundowanych substancji czynnych

– rozliczeniu podlegają wyłącznie świadczenia z katalogu świadczeń.

6. W przypadkach, o których mowa w ust. 2, świadczenia podlegające łącznemu rozliczeniu finansowane są na podstawie odrębnych umów.

7. Przepisu ust. 5 nie stosuje się:

1) w przypadku leczenia pacjentów w ramach programu lekowego – Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego, w sytuacji jednoczesnego stosowania leków z katalogu leków refundowanych w ramach programu lekowego - Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego oraz substancji czynnej z katalogu leków o kodzie 5.08.10.0000028 – Fluorouracilum;

2) w przypadku leczenia pacjentów substancją czynną tisagenlecleucel w ramach programu lekowego B.65. - Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną;

3) w przypadku leczenia pacjentów substancją czynną midostauryna w ramach programu lekowego B.114 – Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową.

8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 pkt 1, dopuszcza się możliwość rozliczenia:

1) jako świadczenia podstawowego produktu z katalogu świadczeń podstawowych, określonego w załączniku nr 1e do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii o kodzie 5.08.05.0000177 – hospitalizacja jednego dnia z zastosowaniem jednorazowych pomp elastomerowych do terapii infuzyjnej oraz

2) świadczenia z katalogu ryczałtów o kodzie 5.08.08.0000114 – diagnostyka w programie leczenia zaawansowanego raka jelita grubego.

9. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 pkt 2, dopuszcza się możliwość rozliczenia:

- 1) jako świadczenia podstawowego produktu z katalogu świadczeń podstawowych, określonego w załączniku nr 1e do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii o kodzie 5.08.05.0000170 – hospitalizacja hematologiczna u dorosłych lub 5.08.05.0000174 - hospitalizacja hematologiczna u dzieci oraz
- 2) świadczenia z katalogu ryczałtów o kodzie 5.08.08.0000161 – diagnostyka w programie lekowym leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną – monitorowanie terapii tiasagenlecleucel.

10. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 pkt 3, dopuszcza się możliwość rozliczenia:

- 1) jako świadczenia podstawowego produktu z katalogu świadczeń podstawowych, określonego w załączniku nr 1e do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii o kodzie 5.08.05.0000170 – hospitalizacja hematologiczna u dorosłych lub 5.08.05.0000174 - hospitalizacja hematologiczna u dzieci oraz
- 2) świadczenia z katalogu ryczałtów o kodzie 5.08.08.0000145 – diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową.

§ 28. 1. Świadczeniodawca zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej może złożyć do Funduszu wniosek o utworzenie nowego miejsca udzielania świadczeń w celu realizacji programu lekowego, który jest już przez tego świadczeniodawcę realizowany na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Dopuszcza się złożenie wniosku, o którym mowa w ust. 1, wyłącznie w przypadku, gdy nowe miejsce udzielania świadczeń nie może zostać objęte umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w trybie art. 139 ustawy o świadczeniach, zgodnie z art. 159a ustawy o świadczeniach.

3. Nowe miejsce udzielania świadczeń:

- 1) stanowi komórkę organizacyjną wnioskującego świadczeniodawcy;
- 2) może znajdować się w innej lokalizacji niż dotychczasowe miejsce realizacji programu lekowego.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) wskazanie lokalizacji nowego miejsca udzielania świadczeń;
- 2) dane wymagane do zawarcia aneksu do umowy, w tym wskazanie numeru umowy, która ma podlegać aneksowaniu;
- 3) przewidywaną liczbę świadczeniobiorców, którzy będą objęci leczeniem w nowym miejscu udzielania świadczeń w okresie roku od jego utworzenia;
- 4) opinię konsultanta krajowego lub wojewódzkiego w dziedzinie odpowiadającej specjalności komórki organizacyjnej będącej przedmiotem wniosku o utworzenie nowego miejsca udzielania świadczeń.

5. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, rozpatrywany jest w terminie 30 dni od dnia jego złożenia.

6. Przed rozpatrzeniem wniosku Fundusz zobowiązany jest do weryfikacji spełniania przez nowe miejsce udzielania świadczeń wymagań określonych w niniejszym zarządzeniu.

7. Zawarcie aneksu do umowy, o której mowa w ust. 1, nie może powodować zwiększenia kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy za realizację świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej.

§ 29. 1. Dyrektor oddziału Funduszu jest zobowiązany do comiesięcznej weryfikacji poprawności, kompletności i terminowości uzupełniania danych zawartych w SMPT.

2. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w uzupełnianiu danych, o których mowa w ust. 1, dyrektor oddziału Funduszu wzywa świadczeniodawcę do uzupełnienia lub poprawienia danych w terminie 14 dni od dnia otrzymania informacji o ich niepoprawności lub niekompletności.

3. Zbiorcze informacje w zakresie, o którym mowa w ust. 1 i 2, dyrektor oddziału Funduszu przekazuje Prezesowi Funduszu raz na 6 miesięcy, w terminie do dnia:

- 1) 31 stycznia – za drugie półrocze roku poprzedniego;
- 2) 31 lipca – za pierwsze półrocze danego roku.

§ 30. 1. Dyrektor oddziału Funduszu jest zobowiązany do monitorowania wszystkich, prowadzonych przez świadczeniodawców postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na zakup leków z katalogu leków.

2. Zbiorne informacje w zakresie, o którym mowa w ust. 1, dyrektor oddziału Funduszu przekazuje Prezesowi Funduszu do dnia:

- 1) 28 lutego – za drugie półrocze roku poprzedniego;
- 2) 31 sierpnia – za pierwsze półrocze danego roku.

§ 31. 1. Dyrektor oddziału Funduszu jest zobowiązany do:

- 1) monitorowania średniego kosztu rozliczenia wybranych substancji czynnych u poszczególnych świadczeniodawców realizujących programy lekowe;
- 2) weryfikacji kosztu, o którym mowa w pkt 1; względem średniego kosztu rozliczenia danej substancji czynnej na terenie kraju;
- 3) uwzględniania weryfikacji, o której mowa w pkt 2, przy określaniu wysokości kwoty zobowiązania Funduszu wobec danego świadczeniodawcy na kolejny okres w zakresie odpowiedniego programu lekowego, w przypadku przekroczenia u danego świadczeniodawcy średniego kosztu rozliczenia danej substancji czynnej na terenie kraju o więcej niż 10% w okresie 3 miesięcy poprzedzających o 3 miesiące okres, na który ustalane jest zobowiązanie.

2. Substancje czynne, o których mowa w ust.1, oraz ich jednostki rozliczeniowe są określone w **załączniku 1m** do zarządzenia.

3. Monitorowania i weryfikacji, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, dokonuje się nie rzadziej niż raz na kwartał.

4. Środki finansowe pozyskane w związku ze stosowaniem ust. 1 pkt 3, przeznaczone są na realizację tego samego zakresu świadczeń.

5. Zbiorne informacje w zakresie, o którym mowa w ust. 1, dyrektor oddziału Funduszu przekazuje Prezesowi Funduszu do dnia:

- 1) 31 marca - za drugie półrocze roku poprzedniego;
- 2) 30 września – za pierwsze półrocze danego roku.

Rozdział 5.

Postanowienia końcowe

§ 32. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność na czas na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.

§ 33. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym, że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe zawiera się zgodnie ze wzorem umowy określonym w **załączniku nr 2** do niniejszego zarządzenia.

§ 34. Dyrektorzy oddziałów Funduszu zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia, w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 35. Dyrektorzy oddziałów Funduszu, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszego zarządzenia dokonają dostosowania wykazu miejsc udzielania świadczeń przez świadczeniodawców.

§ 36. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.

§ 37. Traci moc zarządzenie Nr 162/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

§ 38. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

**PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Bernard Waśko
W zastępstwie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
/Dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik Nr 1k do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe

kod świadczenia	5.08.07.00 00001	5.08.07.00 00002	5.08.07.00 00003	5.08.07.00 00024	5.08.07.00 00025	5.08.07.00 00004	5.08.07.00 00018	5.08.07.00 00021	5.08.07.00 00026	5.08.07.000 0023	5.08.07.00 00009	5.08.07.00 00027	5.08.07.000 0028
nazwa świadczenia	hospitalizacja związana z wykonaniem programu	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu	hospitalizacja związana z podaniem nusiensenu w znieczuleniu ogólnym i pod kontrolą tomografii komputerowej	hospitalizacja związana z podaniem nusiensenu w znieczuleniu ogólnym lub pod kontrolą tomografii komputerowej	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym połączone z podaniem iniekcji dożylnych w programie lekowym	przyjęcie pacjenta połączone z podaniem dichloru radu Ra-223	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu	kwalifikacja do leczenia w programie lekowym oraz weryfikacja jego skuteczności	leczenie w warunkach domowych	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z podaniem toksyny botulinowej typu A pod kontrolą elektromiografii, stymulacji elektrycznej mięśnia i/lub ultrasonografii w leczeniu spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu	hospitalizacja związana z podaniem leku u pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2
wartość punktowa	486,72	540,80	486,72	900,00	678,72	108,16	378,56	600,00	324,48	338,00	koszt świadczenia zawarty w wycenie koncentratu czynnika krzepnięcia	378,56	0,00

													a		
Lp.	Kod zakresu	Nazwa zakresu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.	03.0000.30 1.02	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B	x	x	x			x							x
2.	03.0000.30 3.02	Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)	x	x	x			x							x
3.	03.0000.30 4.02	Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego	x		x			x							x
4.	03.0000.30 5.02	Leczenie raka wątrobowokomórkowego	x		x			x							x
5.	03.0000.30 6.02	Leczenie niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca	x		x			x							x
6.	03.0000.30 8.02	Leczenie mięsaków tkanek miękkich	x		x			x							x
7.	03.0000.30 9.02	Leczenie chorych na raka piersi	x		x			x							x
8.	03.0000.31 0.02	Leczenie raka nerki	x		x			x							x
9.	03.0000.31 2.02	Leczenie chorych na chłoniaki złośliwe	x		x			x							x
10.	03.0000.31 4.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową	x		x			x							x
11.	03.0000.31 5.02	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B		x	x			x				x	x		x

12.	03.0000.31 7.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	x	x	x			x							x
13.	03.0000.31 8.02	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego		x	x			x							x
14.	03.0000.31 9.02	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki	x	x	x			x				x			x
15.	03.0000.32 0.02	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	x	x	x			x				x			x
16.	03.0000.32 1.02	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	x	x	x			x				x			x
17.	03.0000.32 2.02	Leczenie choroby Pompego	x	x	x			x				x			x
18.	03.0000.32 3.02	Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III	x	x	x			x				x			x
19.	03.0000.32 4.02	Leczenie choroby Hurler	x	x	x			x				x			x
20.	03.0000.32 5.02	Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)	x	x	x			x				x			x

21.	03.0000.32 7.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	x	x	x			x						x
22.	03.0000.32 8.02	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	x	x	x			x						x
23.	03.0000.32 9.02	Leczenie stwardnienia rozsianego	x	x	x			x		x				x
24.	03.0000.33 0.02	Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym		x	x			x						x
25.	03.0000.33 1.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)	x	x	x			x						x
26.	03.0000.33 2.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	x	x	x			x						x
27.	03.0000.33 3.02	Leczenie aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów		x	x			x		x	x			x
28.	03.0000.33 5.02	Leczenie aktywnej postaci łuszczykowego zapalenia stawów (ŁZS)			x			x		x	x			
29.	03.0000.33 6.02	Leczenie aktywnej postaci zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)			x			x		x	x			
30.	03.0000.33 7.02	Leczenie niedokrwistości	x	x	x			x						x

		w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek													
31.	03.0000.33 8.02	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)	x	x	x			x				x			x
32.	03.0000.33 9.02	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych	x	x	x			x							x
33.	03.0000.34 0.02	Profilaktyka zakażeń wirusem RS		x	x			x							x
34.	03.0000.34 1.02	Leczenie zespołu Prader - Willi	x	x	x			x				x			x
35.	03.0000.34 2.02	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)	x	x	x			x				x			x
36.	03.0000.3 44.02	Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej oraz ciężkiej astmy eozynofilowej	x	x	x			x							x
37.	03.0000.34 6.02	Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego	x	x	x			x				x			x

38.	03.0000.34 7.02	Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej	x	x	x			x			x	x			x
39.	03.0000.35 0.02	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej	x		x			x							x
40.	03.0000.35 2.02	Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi	x		x			x							x
41.	03.0000.35 3.02	Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki	x		x			x							x
42.	03.0000.35 4.02	Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozy	x		x			x							x
43.	03.0000.35 5.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	x	x	x			x							x
44.	03.0000.35 6.02	Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego	x		x			x		x					x
45.	03.0000.35 7.02	Leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A						x						x	
46.	03.0000.35 8.02	Leczenie zaawansowanego raka żołądka	x		x			x							x

47.	03.0000.35 9.02	Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych	x		x			x							x
48.	03.0000.36 1.02	Leczenie chorych na wczesnodziecięc ą postać cystynozy nefropatycznej	x	x	x			x				x			x
49.	03.0000.36 2.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych			x			x							
50.	03.0000.36 4.02	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)	x	x	x			x				x			x
51.	03.0000.36 5.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną	x	x	x			x				x			x
52.	03.0000.36 6.02	Leczenie chorych na pierwotne chłoniaki skórne T – komórkowe	x		x			x							x
53.	03.0000.36 7.02	Leczenie immunoglobulin ami chorób neurologicznych	x	x	x			x							x
54.	03.0000.36 9.02	Leczenie parykalcytolem wtórnej nadczynności przysadczyc u pacjentów hemodializowan ych	x		x			x							x

55.	03.0000.37 0.02	Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)						x	x			x			
56.	03.0000.37 1.02	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonow ą	x		x			x							x
57.	03.0000.37 3.02	Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza	x		x			x							x
58.	03.0000.37 4.02	Leczenie przewlekłego zakrzepowo- zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	x		x			x							x
59.	03.0000.37 5.02	Leczenie aktywnej postaci ziarniniakowatoś ci z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopoweg o zapalenia naczyń (MPA)	x		x			x				x			x
60.	03.0000.37 6.02	Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)	x	x	x			x				x			x
61.	03.0000.37 7.02	Leczenie chorych na chłoniaki CD30+	x	x	x			x							x
62.	03.0000.37 9.02	Leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabe m	x		x			x							x

63.	03.0000.38 1.02	Leczenie mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej	x		x			x							x
64.	03.0000.38 2.02	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropat ii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystyczn ych dla ZZSK			x			x			x	x			
65.	03.0000.38 4.02	Lenalidomid w leczeniu pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastyc znych o niskim lub pośrednim-l ryzyku, związanych z nieprawidłowośc ią cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q	x		x			x							x
66.	03.0000.38 5.02	Leczenie pacjentów z przerzutowym gruczolakorakie m trzustki	x		x			x							x
67.	03.0000.38 6.02	Leczenie wrodzonych zespołów autozapalnych	x	x	x			x				x			x
68.	03.0000.38 7.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc	x		x			x							x

69.	03.0000.38 8.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawokomórkowego skóry wismodegibem	x		x			x				x			x
70.	03.0000.38 9.02	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyżściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)	x	x	x			x							x
71.	03.0000.39 0.02	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	x		x			x				x			x
72.	03.0000.39 2.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem	x		x			x							x
73.	03.0000.39 3.02	Piksantron w leczeniu chorych na chłoniaki złośliwe	x		x			x							x
74.	03.0000.39 5.02	Leczenie atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS)	x	x	x			x				x			x
75.	03.0000.39 6.02	Leczenie nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH) ¹	x	x	x			x				x			x

76.	03.0000.39 7.02	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	x		x			x							x
77.	03.0000.39 8.02	Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną małopłytkowość immunologiczną		x	x			x							x
78.	03.0000.39 9.02	Leczenie akromegalii			x			x							
79.	03.0000.40 0.02	Leczenie opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu	x		x			x							x
80.	03.0000.40 1.02	Leczenie inhibitorami PCSK-9 pacjentów z zaburzeniami lipidowymi			x			x							
81.	03.0000.40 2.02	Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni	x	x	x	x	x					x			x
82.	03.0000.40 3.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem	x		x			x							x
83.	03.0000.40 4.02	Leczenie choroby Fabry'ego	x	x	x			x				x			x
84.	03.0000.40 5.02	Leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) - część pośrednia, odcinek tylny lub cała błona naczyniowa						x				x			

85.	03.0000.40 6.02	Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV	x	x	x			x							x
86.	03.0000.40 7.02	Leczenie przewlekłej pokrzywki spontanicznej			x			x							
87.	03.0000.40 8.02	Leczenie agresywnego i objawowego, nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka rdzeniastego tarczycy	x		x			x							x
88.	03.0000.40 9.02	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	x	x	x			x				x			x
89.	03.0000.41 0.02	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym		x	x			x				x			x

90.	03.0000.41 1.02	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie	x	x	x			x				x			x
91.	03.0000.41 2.02	Leczenie mukowiscydozy	x	x	x			x							x
92.	03.0000.41 3.02	Leczenie pacjentów z chorobami nerek						x							
93.	03.0000.41 4.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową	x		x			x							x
94.	03.0000.41 5.02	Leczenie agresywnej mastocytozy układuowej, mastocytozy układuowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej	x		x			x							x
95.	03.0000.41 6.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka szyjki macicy	x		x			x							x
96.	03.0000.41 7.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem	x		x			x							x
97.	03.0000.41 8.02	Leczenie choroby Cushinga			x			x							
98.	03.0000.41 9.02	Leczenie pacjentów z postępującym, miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami,	x		x			x							x

		zróżnicowanym (brodawkowatym/ pęcherzykowym /oksyfilnym - z komórek Hürthle'a) rakiem tarczycy, opornym na leczenie jodem radioaktywnym													
99.	03.0000.42 0.02	Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk płamki (DME)						x	x				x		
10 0.	03.0000.42 1.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastennicznym Lamberta- Eatona			x			x					x		
10 1.	03.0000.42 2.02	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchow ego o ciężkim przebiegu	x	x	x			x					x		x
10 2.	03.0000.42 3.02	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona						x					x		
10 3.	03.0000.42 4.02	Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry			x			x							
10 4.	03.0000.42 5.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórk owego skóry cemiplimabem	x		x			x					x		x

10 5.	03.0000.42 6.02	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowat ego nerek						x							
10 6.	03.0000.42 7.02	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną	x		x			x							x
10 7.	03.0000.42 8.02	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat	x	x	x			x				x			x

Uwagi	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniemi rozliczany mi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniemi rozliczany mi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniemi rozliczany mi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniemi rozliczany mi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniemi rozliczany mi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniemi rozliczany mi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniemi rozliczany mi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniemi rozliczany mi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- rozliczane raz na 3 miesiące (-14 dni) u pacjentów, u których po kompleksowej ocenie stanu zdrowia możliwe jest wyznaczenie kolejnego terminu wizyty za 3 m-ce; - w okresie 3 miesięcy (-14 dni) od daty sprawozdania świadczenia a o kodzie 5.08.07.00 00026 nie dopuszcza się możliwości rozliczenia świadczenia a o kodzie 5.08.07.00 00001, 5.08.07.00 00002, 5.08.07.00 00003, 5.08.07.00 00004; - nie można łączyć ze świadczeniemi rozliczany	nie można łączyć ze świadczeniemi rozliczany mi w zał. nr 1a, 1b, 1e; w przypadku realizacji świadczenia a o kodzie 03.0000.36 5.02 dotyczy tylko kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucel w programie lekowym leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną przez Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T	- można łączyć ze świadczeniemi z <i>Katalogu leków refundowanych stosowanych w programach lekowych</i> w zakresie koncentratów czynników krzepnięcia - nie można łączyć ze świadczeniemi rozliczany mi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniemi rozliczany mi w zał. nr 1a, 1b, 1e; produkt możliwy do rozliczenia jedynie w przypadku zastosowania i wykazania do rozliczenia procedury zgodnie ze słownikiem ICD9: 89.394, 89.395 i/lub 88.793	- za osobodzień; - dotyczy szpitali, w stosunku do których właściwy organ wydał polecenie albo nałożył obowiązek na podstawie art. 10 ust. 2, art. 10d ust. 2, art. 11 ust. 1 i 4, art. 11h ust. 1-4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.), tworzące tzw. system zabezpieczenia COVID-

									mi w zał. nr 1a, 1b, 1e			19 poprzez zapewnienie w tych szpitalach na: 1) poziomie I – łóżek dla pacjentów z podejrzeni em zakażenia SARS-CoV- 2; 2) poziomie II – łóżek dla pacjentów z podejrzeni em lub potwierdzon ym zakażeniem SARS-CoV- 2, w tym łóżek intensywnej terapii, z kardiomon itorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechaniczn ej; - można łączyć ze świadczenia mi z katalogu 1m, 2 - można łączyć ze świadczenia mi z załącznika nr 2 do Zarządzenia Nr 217/2021 /DSOZ Prezesa
--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------------------------	--	--	---

													Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 z późn. zm.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

¹ - Zakres świadczeń finansowany na podstawie art. 27 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. z 2020 r. poz. 1493)

Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych

Lp.	Kod	Nazwa świadczenia	Ryczałt roczny (punkty)
1	2	3	4
1	5.08.08.0000001	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego WZW typu B lamiwudyną	2 595,84
2	5.08.08.0000002	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego WZW typu B interferonem alfa pegylowanym	3 731,52
3	5.08.08.0000004	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego WZW typu B adefowirem lub entekawirem, lub tenofowirem	2 433,60
4	5.08.08.0000009	Diagnostyka w programie leczenia raka wątrobowokomórkowego	3 706,00
5	5.08.08.0000011	Diagnostyka w programie leczenia niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca	3 927,00
6	5.08.08.0000013	Diagnostyka w programie leczenia mięsaków tkanek miękkich (trabectedyna)	3 665,60
7	5.08.08.0000068	Diagnostyka w programie leczenia mięsaków tkanek miękkich (pazopanib, sunitynib)	2 102,63
8	5.08.08.0000014	Diagnostyka w programie leczenia przerzutowego HER2+ raka piersi	3 273,00
9	5.08.08.0000015	Diagnostyka w programie leczenia neoadjuwantowego lub adjuwantowego HER2+ raka piersi	3 210,60
10	5.08.08.0000016	Diagnostyka w programie leczenia raka nerki	3 199,00
11	5.08.08.0000020	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę szpikową	7 008,96
12	5.08.08.0000021	Diagnostyka w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B – lokalne centra leczenia hemofilii	3 244,80
13	5.08.08.0000022	Diagnostyka w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B – regionalne centra leczenia hemofilii	5 408,00
14	5.08.08.0000024	Diagnostyka w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	2 633,70
15	5.08.08.0000025	Diagnostyka w programie leczenia przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego	2 271,36
16	5.08.08.0000026	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki	486,72
17	5.08.08.0000027	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	1 081,60
18	5.08.08.0000028	Diagnostyka w programie leczenia ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	3 352,96
19	5.08.08.0000029	Diagnostyka w programie leczenia choroby Pompego	1 973,92
20	5.08.08.0000030	Diagnostyka w programie leczenia choroby Gauchera typu I oraz typu III	1 460,16
21	5.08.08.0000031	Diagnostyka w programie leczenia choroby Hurlera	1 297,92
22	5.08.08.0000032	Diagnostyka w programie leczenia mukopolisacharydozy typu	2 487,68

		II	
23	5.08.08.0000034	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	711,15
24	5.08.08.0000035	Diagnostyka w programie leczenia dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	324,48
25	5.08.08.0000036	Diagnostyka w programie leczenia stwardnienia rozsianego	1 671,00
26	5.08.08.0000037	Diagnostyka w programie leczenia spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym	324,48
27	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	5 840,64
28	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	2 920,32
29	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	778,75
30	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	778,75
31	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	778,75
32	5.08.08.0000046	Diagnostyka w programie leczenia niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek	324,48
33	5.08.08.0000047	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN) hormonem wzrostu	1 784,64
34	5.08.08.0000048	Diagnostyka w programie leczenia zespołu Prader – Willi	1 135,68
35	5.08.08.0000049	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z zespołem Turnera	324,48
36	5.08.08.0000051	Diagnostyka w programie leczenia ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej oraz ciężkiej astmy eozynofilowej	984,80
37	5.08.08.0000053	Diagnostyka w programie leczenia stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego	1 671,00
38	5.08.08.0000054	Diagnostyka w programie leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej	778,75
39	5.08.08.0000060	Diagnostyka w programie leczenia wysokozróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki	1 610,60
40	5.08.08.0000061	Diagnostyka w programie leczenia chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytowego	3 350,00
41	5.08.08.0000062	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	865,28
42	5.08.08.0000063	Diagnostyka w programie leczenia opornego na kastrację raka gruczołu krokowego	2 758,08
43	5.08.08.0000065	Diagnostyka w programie leczenia zaawansowanego raka żołądka	5 478,00
44	5.08.08.0000088	Diagnostyka w programie leczenia czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem	3 656,96
45	5.08.08.0000139	Diagnostyka w programie leczenia czerniaka skóry lub błon śluzowych terapią skojarzoną wemurafenibem z kobimetynibem albo dabrafenibem z trametynibem albo enkorafenibem z binimetynibem	5 757,00
46	5.08.08.0000070	Diagnostyka w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych	2 633,70

47	5.08.08.0000072	Diagnostyka w programie leczenia hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)	3 169,09
48	5.08.08.0000073	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (dazatynib, ponatynib, blinatumomab, inotuzumab ozogamycyny)	9 196,80
49	5.08.08.0000074	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotne chłoniaki skórne T – komórkowe	2 943,00
50	5.08.08.0000075	Diagnostyka w programie leczenia immunoglobulinami chorób neurologicznych	1 406,08
51	5.08.08.0000079	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową	1 514,24
52	5.08.08.0000081	Diagnostyka w programie leczenia neurogennej nadreaktywności wypieracza	458,6
53	5.08.08.0000082	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego zakrzepowozatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	5 137,60
54	5.08.08.0000083	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA)	1 050,23
55	5.08.08.0000084	Diagnostyka w programie leczenia tyrozyńcemii typu 1 (HT-1)	4 542,72
56	5.08.08.0000085	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki CD30+	3 861,00
57	5.08.08.0000087	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem	2 207,00
58	5.08.08.0000092	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK	879,88
59	5.08.08.0000093	Diagnostyka w programie lenalidomid w leczeniu pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q	2 078,00
60	5.08.08.0000094	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki	5 314,00
61	5.08.08.0000095	Diagnostyka w programie leczenia wrodzonych zespołów autozapalnych	1 375,80
62	5.08.08.0000096	Diagnostyka w programie leczenia idiopatycznego włóknienia płuc	1 676,48
63	5.08.08.0000097	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego raka podstawnkomórkowego skóry wismodegibem	2 354,64
64	5.08.08.0000098	Diagnostyka w programie leczenia ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwysciółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)	2 704,00
65	5.08.08.0000099	Diagnostyka w programie leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	324,48
66	5.08.08.0000101	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem	2 598,00
67	5.08.08.0000102	Diagnostyka w programie piksantron w leczeniu chorych na chłoniaki złośliwe	2 528,50
68	5.08.08.0000104	Diagnostyka w programie leczenia atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS) – 1 rok terapii	6 021,33

69	5.08.08.0000105	Diagnostyka w programie leczenia atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS) - 2 i kolejny rok terapii	1 997,33
70	5.08.08.0000106	Diagnostyka w programie leczenia nocnej napadowej hemoglobinurii ¹	4 083,00
71	5.08.08.0000107	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 718,00
72	5.08.08.0000108	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 395,00
73	5.08.08.0000109	Diagnostyka w programie leczenia akromegalii	2 388,00
74	5.08.08.0000110	Diagnostyka w programie leczenia odpornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu	3 302,67
75	5.08.08.0000111	Diagnostyka w programie leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) - leczenie choroby rozsianej lub nieoperacyjnej - 1 rok terapii	3 216,00
76	5.08.08.0000112	Diagnostyka w programie leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) - leczenie choroby rozsianej lub nieoperacyjnej - 2 i kolejny rok terapii	2 245,00
77	5.08.08.0000113	Diagnostyka w programie leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) - leczenie adjuwantowe	1 480,00
78	5.08.08.0000114	Diagnostyka w programie leczenia zaawansowanego raka jelita grubego	3 579,50
79	5.08.08.0000115	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki złośliwe – 1 rok terapii	3 990,00
80	5.08.08.0000116	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki złośliwe – 2 i kolejny rok terapii	873,00
81	5.08.08.0000117	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – bewacyzumab (1 i kolejny rok terapii), olaparyb (1 rok terapii), niraparyb (1 rok terapii)	4 282,40
82	5.08.08.0000118	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 2 i kolejne lata terapii olaparybem lub niraparybem	2 748,40
83	5.08.08.0000119	Diagnostyka w programie leczenia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi cetuksymabem – 1 rok terapii	2 203,00
84	5.08.08.0000120	Diagnostyka w programie leczenia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi cetuksymabem – 2 i kolejny rok terapii	937,00
85	5.08.08.0000121	Diagnostyka w programie leczenia mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej – 1 rok terapii	790,00
86	5.08.08.0000122	Diagnostyka w programie leczenia mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej – 2 i kolejny rok terapii	195,00
87	5.08.08.0000124	Diagnostyka w programie leczenia inhibitorami PCSK-9 pacjentów z zaburzeniami lipidowymi	100,00
88	5.08.08.0000125	Diagnostyka w programie leczenia rdzeniowego zaniku mięśni – 1 rok terapii	1 200,00
89	5.08.08.0000126	Diagnostyka w programie leczenia rdzeniowego zaniku mięśni – 2 i kolejny rok terapii	600,00
90	5.08.08.0000127	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem – 1 rok terapii	3 242,00
91	5.08.08.0000128	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem – 2 i kolejny rok	1 090,00

		terapii	
92	5.08.08.0000129	Diagnostyka w programie leczenia choroby Fabry'ego	2 493,00
93	5.08.08.0000130	Diagnostyka w programie leczenia zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) - część pośrednia, odcinek tylny lub cała błona naczyniowa	2 574,00
94	5.08.08.0000131	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem palbocyklibu lub rybocyklibu lub abemacyklibu	3 218,00
95	5.08.08.0000133	Diagnostyka w programie leczenia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi niwolumabem	2 956,00
96	5.08.08.0000134	Diagnostyka w programie profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV	1 120,00
97	5.08.08.0000135	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłej pokrzywki spontanicznej	375,00
98	5.08.08.0000136	Diagnostyka w programie leczenia agresywnego i objawowego, nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka rdzeniastego tarczycy	3 744,00
99	5.08.08.0000137	Diagnostyka w programie leczenia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi cetuksymabem w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny	3 404,00
100	5.08.08.0000138	Diagnostyka w programie leczenia uzupełniającego L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	492,00
101	5.08.08.0000140	Diagnostyka w programie leczenia dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym	9 781,00
102	5.08.08.0000141	Diagnostyka w programie leczenia ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie – 1 rok terapii	840,00
103	5.08.08.0000142	Diagnostyka w programie leczenia ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie – 2 i kolejny rok terapii	212,00
104	5.08.08.0000143	Diagnostyka w programie leczenia mukowiscydozy	637,00
105	5.08.08.0000144	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami nerek	975,00
106	5.08.08.0000145	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową	3 375,51
107	5.08.08.0000146	Diagnostyka w programie leczenia agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej – 1 rok terapii	3 331,51
108	5.08.08.0000147	Diagnostyka w programie leczenia agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej – 2 i kolejny rok terapii	1 410,00
109	5.08.08.0000148	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego raka szyjki macicy	3 688,00
110	5.08.08.0000149	Diagnostyka w programie leczenia raka z komórek Merkla awelumabem	2 049,05
111	5.08.08.0000150	Diagnostyka w programie leczenia choroby Cushinga – 1 rok terapii	2 981,00
112	5.08.08.0000151	Diagnostyka w programie leczenia choroby Cushinga – 2 i kolejny rok terapii	1 595,50

113	5.08.08.0000152	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z postępującym, miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami, zróżnicowanym (brodawkowatym/pęcherzykowym/oksyfilnym - z komórek Hürthle'a) rakiem tarczycy, opornym na leczenie jodem radioaktywnym – 1 rok terapii	3 466,40
114	5.08.08.0000153	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z postępującym, miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami, zróżnicowanym (brodawkowatym/pęcherzykowym/oksyfilnym - z komórek Hürthle'a) rakiem tarczycy, opornym na leczenie jodem radioaktywnym – 2 i kolejny rok terapii	1 486,40
115	5.08.08.0000154	Diagnostyka w programie leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) – kwalifikacja ²	409,00
116	5.08.08.0000155	Diagnostyka w programie leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD) – monitorowanie ²	205,00
117	5.08.08.0000156	Diagnostyka w programie leczenia chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME) – kwalifikacja ²	409,00
118	5.08.08.0000157	Diagnostyka w programie leczenia chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME) – monitorowanie ²	249,00
119	5.08.08.0000069	Diagnostyka w programie leczenia chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej	4 056,00
120	5.08.08.0000158	Diagnostyka w programie leczenia zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	375,00
121	5.08.08.0000159	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 1 rok terapii	1 572,50
122	5.08.08.0000160	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 2 i kolejny rok terapii	568,50
123	5.08.08.0000161	Diagnostyka w programie lekowym leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną – monitorowanie terapii tisagenlecleucem	4 780,00
124	5.08.08.0000162	Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 1 rok terapii	1 552,80
125	5.08.08.0000163	Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 2 i kolejny rok terapii	266,00
126	5.08.08.0000164	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry	358,00
127	5.08.08.0000165	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem	1 622,00
128	5.08.08.0000166	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek	974,60
129	5.08.08.0000167	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 1 rok terapii	7 548,53
130	5.08.08.0000168	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 2 i kolejny rok terapii	3 124,51
131	5.08.08.0000169	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat – 1 rok terapii	1 053,40

132	5.08.08.0000170	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat – 2 i kolejny rok terapii	443,00
-----	-----------------	--	--------

¹ Produkt finansowany na podstawie art. 27 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. z 2020 r. poz. 1493)

² Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 24 ust. 5 zarządzenia

Załącznik Nr 1m do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych

zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych

Lp	Kod substancji czynnej	Substancja czynna	Droga podania	Wielkość	Jednostka	Waga punktowa jednostki leku [pkt.] [1 pkt = 1 PLN]	Kod EAN lub inny kod odpowiadający kodowi EAN	Nazwa, postać i dawka leku
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	5.08.09.0000001	Adalimumabum ¹	inj.	1	mg	1	05909990005055	Humira, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg
							08809593170150	Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we ampułko-strzykawce, 40 mg
							08809593170167	Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg
							08715131019761	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg
							08715131019808	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg
							08715131019792	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg
							08715131019754	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg
							08715131019747	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg
							07613421020880	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg
							07613421020897	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg
							04052682034206	Idacio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg
							04052682034213	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg
							04052682034220	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg
2	5.08.09.0000002	Adefoviri dipivoxilum	p.o.	1	mg	1	05909990009596	Hepsera, tabl., 10 mg

3	5.08.09.0000003	Alglucosidasum alfa	inj.	1	mg	1	05909990623853	Myozyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 0,05 g
4	5.08.09.0000005	Betainum anhydricum	p.o.	1	mg	1	05909990031900	CYSTADANE, proszek doustny, 1 g
5	5.08.09.0000006	Bevacizumabum ¹	inj.	1	mg	1	05909990010486	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml
							05909990010493	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg/16 ml
							08715131021870	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							08715131021863	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05415062349342	Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml, 1 fiol.a 16 ml
							05415062349359	Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml, 1 fiol.a 4 ml
							08436596260047	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							08436596260030	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05901797710989	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05901797710972	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
6	5.08.09.0000008	Bosentanum ¹	p.o.	1	mg	1	05909991102807	Bopaho, tabl. powł., 62,5 mg
							05909991102869	Bopaho, tabl. powł., 125 mg
							05907626708004	Bosentan Sandoz GmbH, tabletki powlekane, 125 mg
7	5.08.09.0000010	Cetuximabum	inj.	1	mg	1	05909990035922	Erbix, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
							05909990035946	Erbix, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
8	5.08.09.0000011	Cinacalcetum ¹	p.o.	1	mg	1	05909990016297	Mimpara, tabl. powł., 30 mg
							05909990016341	Mimpara, tabl. powł., 60 mg
							05909990016389	Mimpara, tabl. powł., 90 mg
							05909991256654	Cinacalcet Accord, tabl. powł., 30 mg; 28 szt.
							05909991256685	Cinacalcet Accord, tabl. powł., 60 mg; 28 szt.
							05909991256715	Cinacalcet Accord, tabl. powł., 90 mg; 28 szt.
9	5.08.09.0000012	Darbepoetinum alfa	inj.	1	mcg	1	05909990738779	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml
							05909990738793	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,3 ml

							05909990738847	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 40 µg/0,4 ml
							05909990738861	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/0,5 ml
							05909990738885	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 60 µg/0,3 ml
10	5.08.09.0000013	Dasatynibum	p.o.	1	mg	1	05909990621323	Sprycel, tabl. powł., 20 mg
							05909990621354	Sprycel, tabl. powł., 50 mg
							05909990671601	Sprycel, tabl. powł., 100 mg
							05909990818631	Sprycel, tabl. powł., 80 mg
							05909990818655	Sprycel, tabl. powł., 140 mg
11	5.08.09.0000015	Entekavirum ¹	p.o.	1	mg	1	05055565742532	Entecavir Accord, tabletki powlekane, 0,5 mg
							05055565742549	Entecavir Accord, tabletki powlekane, 1 mg
							05909991337957	Entecavir Polpharma, tabletki powlekane, 0,5 mg
							05909991337971	Entecavir Polpharma, tabletki powlekane, 1 mg
							05906414003123	Entekavir Adamed , tabletki powlekane, 0,5 mg
							05906414003130	Entekavir Adamed , tabletki powlekane, 1 mg
							05909991369576	Entecavir Zentiva, tabletki powlekane, 0,5 mg
							05909991369590	Entecavir Zentiva, tabletki powlekane, 1 mg
							05909991347451	Entecavir Synoptis, tabletki powlekane, 0,5 mg
							05909991347468	Entecavir Synoptis, tabletki powlekane, 1 mg
							05909991363734	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 0,5 mg
							05909991363826	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 1 mg
12	5.08.09.0000016	Epoetinum alfa	inj.	1000	j.m.	1	05909990072378	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml
							05909990072392	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml
							05909990072439	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml
							05909990072453	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml
13	5.08.09.0000018	Etanerceptum ¹	inj.	1	mg	1	05909990618255	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg
							05909990712755	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg
							08809593170983	Benepali, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg; 4 amp.-strzyk. 0,51 ml
							08809593170969	Benepali, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg; 4 amp.-wstrz.po 1 ml
							08809593170976	Benepali, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg; 4 wstrz.po 1 ml
							09002260025770	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg, 4 amp.-strzyk. 0,5

								ml
							09002260025794	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg, 4 amp.-strzyk.
							09002260025787	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg, 4 wstrzykiwacze 1 ml
14	5.08.09.0000019	Everolimusum ¹	p.o.	1	mg	1	05909990711567	Afinitor, tabl., 5 mg
							05909990711598	Afinitor, tabl., 10 mg
							05909991383596	Everolimus Accord, tabl., 10 mg
							05909991383480	Everolimus Accord, tabl., 2,5 mg
							05909991383565	Everolimus Accord, tabl., 5 mg
							05909991372538	Everolimus Stada, tabl., 10 mg
							05909991372545	Everolimus Stada, tabl., 10 mg
							05909991372514	Everolimus Stada, tabl., 5 mg
							05909991372521	Everolimus Stada, tabl., 5 mg
15	5.08.09.0000020	Factor IX coagulationis humanus	inj.	1	j.m.	1	05909990643110	Immunine 600 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m.
							05909990645220	Immunine 1200 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m.
							05909990799367	Octanine F 500 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990799374	Octanine F 1000 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
16	5.08.09.0000021	Factor IX coagulationis humanus recombinante	inj.	1	j.m.	1	05909990057184	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909990057191	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990057207	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909990057221	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909991210120	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./5 ml
							05909991210137	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m./5 ml
							05909991210090	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania

								roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./5 ml
							05909991210144	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m./5 ml
							05909991210106	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./5 ml
							07350031441673	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU
							07350031441680	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU
							07350031441659	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU
							07350031441697	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU
							07350031441666	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU
							05909991326180	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909991326197	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909991326166	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909991326173	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
17	5.08.09.0000022	Factor VIII coagulationis humanus	inj.	1	j.m.	1	05909990573554	Immunate 250 IU FVIII/190 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./fiol.
							05909990573561	Immunate 500 IU FVIII/375 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./fiol.
							05909990573615	Immunate 1000 IU FVIII/750 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./fiol.
							05909990825301	Octanate 250 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909990825332	Octanate 500 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990825349	Octanate 1 000 IU, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909991213695	Beriate 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1000 j.m.

							05909991213688	Beriate 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.
18	5.08.09.0000023	Factor VIII coagulationis humanus recombinate	inj.	1	j.m.	1	05909990224302	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909990224340	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909990224357	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.
							05909990224333	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990697441	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909990697458	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.
							05909991203375	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909991203382	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909991203399	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909991203405	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.
							05909991203412	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909991203429	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.
							05909991246457	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU
							05909991246464	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU
							05909991246488	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU
							05909991246495	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU
							05909991246501	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU
							05909991246518	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU

							05909991326111	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909991326128	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.
							05909991326135	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909991326098	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909991326142	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2500 j.m.
							05909991326159	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.
							05909991326104	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990819515	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. (250 j.m./ml)
							05909990010554	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. (500 j.m./ml)
							05909990819317	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. (62,5 j.m./ml)
							05909990819416	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. (125 j.m./ml)
19	5.08.09.0000026	Glatirameri acetat ¹	inj.	1	mg	1	05909990017065	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml
							05909991216382	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml; 12 amp.-strz.po 1 ml
							05909991282882	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml
							05909991353926	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 40 mg/ml
20	5.08.09.0000028	Idursulfasum	inj.	1	mg	1	05909990053742	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml
21	5.08.09.0000029	Iloprostum	inh.	1	mcg	1	05909990609079	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml
							05908229300633	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml
22	5.08.09.0000030	Imatinibum ¹	p.o.	1	mg	1	05909990010356	Glivec, tabl. powł., 100 mg
							05909990010349	Glivec, tabl. powł., 400 mg
							05909991053895	Meaxin, tabl. powł., 100 mg; 60 szt.
							05909991053963	Meaxin, tabl. powł., 400 mg; 30 szt.
							05909991051181	Nibix, kaps. twarde, 100 mg; 60 szt.

							05909991051259	Nibix, kaps. twarde, 400 mg; 30 szt.
23	5.08.09.0000031	Imiglucerasum	inj.	1	j.m.	1	05909990943012	Cerezyme, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 400 j.m.
24	5.08.09.0000032	Immunoglobulinum humanum ¹	inj.	1	mg	1	05909990049851	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l
							05909990049875	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l
							05909990049882	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l
							05909990425143	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990425150	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990425167	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990425174	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990425181	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990782208	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990725786	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990725793	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990725809	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990725823	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990762514	Octagam, roztwór do infuzji, 2,5 g/50 ml
							05909990762613	Octagam, roztwór do infuzji, 5 g/100 ml
							05909990762712	Octagam, roztwór do infuzji, 10 g/200 ml
							05909990763863	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990763870	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990763887	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990763894	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
							05909990797868	FLEBOGAMMA DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml
							05909990797875	FLEBOGAMMA DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml
							05909991078676	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml
25	5.08.09.0000033	Infliximabum ¹	inj.	1	mg	1	05909990900114	Remicade, proszek do sporządzania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 0,1 g
							05909991086305	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							05713219492751	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							07613421020903	Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg

26	5.08.09.0000038	Interferonum beta 1a a 30 mcg	inj.	1	mcg	1	05909990008148	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml
							05909991001407	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml
27	5.08.09.0000039	Interferonum beta 1a a 44 mcg	inj.	1	mcg	1	05909990728497	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml
							05909990874934	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml
28	5.08.09.0000040	Interferonum beta-1b	inj.	1	mcg	1	05909990619375	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 µg/ml
29	5.08.09.0000041	Lamivudinum ¹	p.o.	1	mg	1	05909990479610	ZEFFIX, tabl. powł., 100 mg
							05909991259907	Lamivudine Mylan, tabl. powł., 100 mg
30	5.08.09.0000042	Lapatinibum	p.o.	1	mg	1	05909990851966	TYVERB, tabl. powł., 250 mg
							05909990851973	TYVERB, tabl. powł., 250 mg
31	5.08.09.0000043	Laronidasum	inj.	1	j.m.	1	05909990005673	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml
32	5.08.09.0000045	Mecaserninum	inj.	1	mg	1	05909990076024	INCRELEX, roztwór do wstrzykiwań, 0,01 g/ml
33	5.08.09.0000047	Nilotinibum	p.o.	1	mg	1	05909990073535	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg
34	5.08.09.0000048	Palivizumabum	inj.	1	mg	1	05000456067720	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml, 0,5 ml
35	5.08.09.0000049	Panitumumabum	inj.	1	mg	1	05000456067713	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml, 1 ml
							05909990646531	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							05909990646555	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
36	5.08.09.0000050	Peginterferonum alfa-2a	inj.	1	mcg	1	05909990984718	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 270 µg/ml
							05909990984817	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 360 µg/ml
							05902768001013	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml
37	5.08.09.0000053	Ribavirinum	p.o.	1	mg	1	05909990999828	Rebetol, kaps. twarde, 200 mg
38	5.08.09.0000054	Rituximabum ¹	inj.	1	mg	1	05909990418817	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
							05909990418824	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg
							05996537003155	Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
							05996537002158	Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg
							07613421032975	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg

							07613421032982	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg
39	5.08.09.0000055	Sildenafilum ¹	p.o.	1	mg	1	05909990967780	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml
							05903060610545	Remidia, tabletki powlekane, 20 mg
							05055565731932	Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg
							05909991355715	Sildenafil Zentiva, tabletki powlekane, 20 mg
							05909991338015	Sildenafil Aurovitas, tabl. powl., 20 mg
40	5.08.09.0000056	Somatropinum	inj.	1	mg	1	05909990050161	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)
							05909990072897	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)
							05909990887170	Genotropin 12, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 12 (36 j.m.) mg
							05909990887095	Genotropin 5,3, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5,3 (16 j.m.) mg
41	5.08.09.0000057	Sorafenibum ¹	p.o.	1	mg	1	05909990588169	Nexavar, tabl. powl., 200 mg
							07613421047009	Sorafenib Sandoz, tabl. powl., 200 mg
							05909991440145	Sorafenib Zentiva, tabl. powl., 200 mg
							05909991423711	Sorafenib Teva, tabl. powl., 200 mg
42	5.08.09.0000058	Sunitinibum	p.o.	1	mg	1	05909990079377	Sutent, kaps. twarde, 12,5 mg
							05909990079384	Sutent, kaps. twarde, 25 mg
							05909990079391	Sutent, kaps. twarde, 50 mg
43	5.08.09.0000060	Tenofovirum disoproxilum ¹	p.o.	1	mg	1	05902020926801	Tenofovir disoproxil Mylan, tabletki powlekane, 245 mg
							05909991330026	Tenofovir disoproxil Accord, tabletki powlekane, 245 mg
							05909991335533	Tenofovir Polpharma, tabletki powlekane, 245 mg
							05909991298708	Tenofovir disoproxil Zentiva, tabletki powlekane, 245 mg
							05909991291457	Ictady, tabletki powlekane, 245 mg
							05909991374563	Tenofovir Synoptis, tabletki powlekane, 245 mg
							05909991379704	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powl., 245 mg
44	5.08.09.0000061	Tobramycinum ¹	inh.	1	mg	1	05909990045976	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml
							05909991308292	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml
							05909991321444	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml

45	5.08.09.0000062	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile a 100	inj.	1	j.m.	1	05909990674817	Botox, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 Jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A
46	5.08.09.0000063	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile a 500	inj.	1	j.m.	1	05909990729227	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.
47	5.08.09.0000090	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile a 300	inj.	1	j.m.	1	05909991072094	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 300 j.
48	5.08.09.0000064	Trabectedinum	inj.	1	mg	1	05909990635177	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg
							05909990635184	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg
49	5.08.09.0000065	Trastuzumabum ¹	inj.	1	mg	1	05909990855919	Herceptin, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg
							08715131016982	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg
							08715131016975	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg
							08806238000315	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg
							05996537004107	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg
							08809593170006	Ontruzant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg
							05901797710415	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg
							05415062339176	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg
							05901797710781	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg
							05415062346655	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg
							05055565766378	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg
50	5.08.09.0000066	Treprostynilum ¹	inj.	1	mg	1	05909990046805	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml
							05909990046850	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml

							05909990046867	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
							05909991418618	Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml
							05909991418649	Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml
							05909991418625	Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml
							05909991418632	Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
							05909990046874	Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml
51	5.08.09.0000067	Triptorelinum	inj.	1	mg	1	05909990486915	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3,75 mg
52	5.08.09.0000068	Omalizumabum	inj.	1	mg	1	05909990708376	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg
							05909990708406	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
53	5.08.09.0000070	Certolizumabum pegol	inj.	1	mg	1	05909990734894	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp. - strzyk., 200 mg/ml
54	5.08.09.0000071	Fingolimodum	p.o.	1	mg	1	05909990856480	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg
55	5.08.09.0000072	Tocilizumabum	inj.	1	mg	1	05909990678259	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							05909990678266	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							05909990678273	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							05000471007053	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							05000471007046	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 10 ml
							05000471007039	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 4 ml
56	5.08.09.0000073	Ustekinumabum	inj.	1	mg	1	05909997077505	Stelara, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
57	5.08.09.0000075	Pazopanibum	p.o.	1	mg	1	05909990764877	Votrient, tabl. powł., 200 mg
							05909990764884	Votrient, tabl. powł., 200 mg
							05909990764891	Votrient, tabl. powł., 400 mg
							05909990764907	Votrient, tabl. powł., 400 mg
58	5.08.09.0000076	Vemurafenibum	p.o.	1	mg	1	05909990935581	Zelboraf, tabl. powł., 240 mg
59	5.08.09.0000080	Natalizumabum	inj.	1	mg	1	05909990084333	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
60	5.08.09.0000081	Lenalidomidum	p.o.	1	mg	1	05909990086696	Revlimid, kaps. twarde, 5 mg

							05909990086702	Revlimid, kaps. twarde, 10 mg
							05909990086764	Revlimid, kaps. twarde, 15 mg
							05909990086771	Revlimid, kaps. twarde, 25 mg
61	5.08.09.0000083	Abirateronum	p.o.	1	mg	1	05909991307080	Zytiga, tabletki powlekane, 500 mg
62	5.08.09.0000084	Axitinibum	p.o.	1	mg	1	05909991004439	Inlyta, tabl. powl., 1 mg
							05909991004460	Inlyta, tabl. powl., 5 mg
63	5.08.09.0000085	Golimumabum	inj.	1	mg	1	05909990717187	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg
64	5.08.09.0000086	Ipilimumabum	inj.	1	mg	1	05909990872442	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml
							05909990872459	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml
65	5.08.09.0000087	Velaglucerasum alfa	inj.	1	j.	1	05909990816774	VPRIV, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.
66	5.08.09.0000091	Afatynibum	p.o.	1	mg	1	05909991083397	Giotrif, tabl. powl., 20 mg
							05909991083434	Giotrif, tabl. powl., 30 mg
							05909991083465	Giotrif, tabl. powl., 40 mg
67	5.08.09.0000092	Bexarotenum	p.o.	1	mg	1	05909990213504	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg
68	5.08.09.0000093	Epoprostenolum	inj.	1	mg	1	05909991089085	Velettri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg
							05909991089092	Velettri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg
69	5.08.09.0000094	Paricalcitolum	inj.	1	mcg	1	05909990942060	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml
							05909990942022	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml
							04046241091243	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml
							04046241079906	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml
70	5.08.09.0000095	Afliberceptum	inj.	1	mg	1	03837000137095	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
71	5.08.09.0000096	Ranibizumabum	inj.	1	mg	1	05909990000005	Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10mg/ml
72	5.08.09.0000100	Dabrafenibum	p.o.	1	mg	1	05909991078584	Tafinlar, kaps., 50 mg; 28 kaps.
							05909991078591	Tafinlar, kaps., 50 mg; 120 kaps.
							05909991078607	Tafinlar, kaps., 75 mg; 28 kaps
							05909991078645	Tafinlar, kaps., 75 mg; 120 kaps.
73	5.08.09.0000102	Macitentanum	p.o.	1	mg	1	07640111931133	Opsumit, tabl. powl., 10 mg; 30 tabl.
74	5.08.09.0000103	Riociguatum	p.o.	1	mg	1	05908229300305	Adempas, tabl. powl., 0,5 mg; 42 tabl.

							05908229300336	Adempas, tabl. powł., 1 mg; 42 tabl.
							05908229300367	Adempas, tabl. powł., 1,5 mg; 42 tabl.
							05908229300398	Adempas, tabl. powł., 2 mg; 42 tabl.
							05908229300428	Adempas, tabl. powł., 2,5 mg; 42 tabl.
75	5.08.09.0000104	Ledipasvirum, sofosbuvirum	p.o.	1	mg	1	05391507141217	Harvoni, tabl. powł., 90+400 mg; 28 szt.
76	5.08.09.0000105	Nitisinonum ¹	p.o.	1	mg	1	05909990214754	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg; 60 kaps.
							05909990214761	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg; 60 kaps.
							05909990214778	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg; 60 kaps.
							05909991218133	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg
							05909991358334	Nitisinone MDK, kaps. twarde, 10 mg
							05909991358310	Nitisinone MDK, kaps. twarde, 2 mg
							05909991358327	Nitisinone MDK, kaps. twarde, 5 mg
							07350031442182	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg
							07350031442267	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg
							07350031441833	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg
							07350031442229	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg
77	5.08.09.0000107	Brentuximabum vedotinum	inj.	1	mg	1	05909991004545	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg; 1 fiol.
78	5.08.09.0000108	Dimethylis fumaras	p.o.	1	mg	1	00646520415445	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg; 14 kaps.
							00646520415452	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg; 56 kaps.
79	5.08.09.0000109	Nivolumabum	inj.	1	mg	1	05909991220501	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml; 1 fiol.po 4 ml
							05909991220518	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml; 1 fiol.po 10 ml
80	5.08.09.0000110	Obinutuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001105	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg; 1 fiol.po 40 ml
81	5.08.09.0000111	Peginterferonum beta-1a	inj.	1	mcg	1	00646520437201	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg ; 2 wstrz.po 0,5 ml
							00646520441970	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg ; 2 amp.-strz.po 0,5 ml
							00646520442113	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg; 2 wstrz.po 0,5 ml
							00646520442274	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg; 2 amp.-strz.po 0,5 ml
82	5.08.09.0000113	Pertuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001006	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji,

								420 mg; 1 fiol.
83	5.08.09.0000114	Olaparibum	p.o.	1	mg	1	05902135480052	Lynparza, kaps. twarde, 50 mg
84	5.08.09.0000115	Crizotinibum	p.o.	1	mg	1	05909991004484	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg
							05909991004507	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg
85	5.08.09.0000116	Temsirolimusum	inj.	1	mg	1	05909990080663	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg
86	5.08.09.0000117	Anakinrum	inj.	1	mg	1	07350031442090	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml
87	5.08.09.0000118	Paclitaxelum albuminatum	inj.	1	mg	1	05909990930265	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml
88	5.08.09.0000119	Pirfenidonum	p.o.	1	mg	1	05902768001181	Esbriet, tabletki powlekane, 267 mg
							05902768001198	Esbriet, tabletki powlekane, 267 mg
							05902768001211	Esbriet, tabletki powlekane, 801 mg
89	5.08.09.0000120	Ruxolitinibum	p.o.	1	mg	1	05909991053758	Jakavi, tabl., 5 mg
							05909991053789	Jakavi, tabl., 15 mg
							05909991053833	Jakavi, tabl., 20 mg
90	5.08.09.0000121	Vismodegibum	p.o.	1	mg	1	05902768001020	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg
91	5.08.09.0000122	Trametinibum	p.o.	1	mg	1	05909991141813	Mekinist, tabl. powł., 0,5 mg
							05909991141851	Mekinist, tabl. powł., 2 mg
92	5.08.09.0000123	Cobimetinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001136	Cotellic, tabl. powł., 20 mg
93	5.08.09.0000124	Elbasvirum, grazoprevirum	p.o.	1	mg	1	05901549325102	Zepatier, tabl. powł., 50+100 mg
94	5.08.09.0000125	Alemtuzumabum	inj.	1	mg	1	05909991088156	Lemtrada, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg
95	5.08.09.0000126	Teriflunomidum	p.o.	1	mg	1	05909991088170	Aubagio, tabl. powł., 14 mg
96	5.08.09.0000127	Levodopum, carbidopum	e.	1	mg	1	05909990419135	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml
97	5.08.09.0000128	Bosutinibum	p.o.	1	mg	1	05909991056841	Bosulif, tabletki powlekane, 100 mg
							05909991056865	Bosulif, tabletki powlekane, 500 mg
98	5.08.09.0000129	Ibrutinibum	p.o.	1	mg	1	05909991195137	Imbruvica, kapsułki twarde, 140 mg
99	5.08.09.0000130	Pixantroni dimaleas	inj.	1	mg	1	05909991206475	Pixuvri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 29 mg
100	5.08.09.0000131	Enzalutamidum	p.o.	1	mg	1	05909991080938	Xtandi, kapsułka miękka, 40 mg
101	5.08.09.0000132	Mepolizumabum	inj.	1	mg	1	05909991246617	Nucala, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg
							05909991407148	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg

							05909991407018	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
102	5.08.09.0000133	Osimertinibum	p.o.	1	mg	1	05000456012058	Tagrisso, tabletki powlekane, 40 mg
							05000456012065	Tagrisso, tabletki powlekane, 80 mg
103	5.08.09.0000134	Radium dichloridum Ra223	inj.	1	ml	1	05908229300176	Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL
104	5.08.09.0000135	Tocilizumabum	s.c.	1	mg	1	05902768001075	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg/ml
105	5.08.09.0000136	Everolimusum	p.o.	1	mg	1	05909990900565	Votubia, tabl., 2,5 mg
							05909990900589	Votubia, tabl., 5 mg
							05909990900602	Votubia, tabl., 10 mg
106	5.08.09.0000137	Immunoglobulinum humanum subcutaneum ¹	s.c.	1	mg	1	05909990869541	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml
							05909990869572	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml
							05909990869657	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml
							05909991067380	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml; 1 fiol.a 50 ml
							05909990729883	Gammanorm, roztwór do wstrzykiwań, 165 mg/ml
							05909990729944	Gammanorm, roztwór do wstrzykiwań, 165 mg/ml
							05909991072872	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 25 ml
							05909991072889	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 50 ml
							05909991072896	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 100 ml
							05909991072902	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 200 ml
							05909991072926	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 300 ml
							05909991292898	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
							05909991292874	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
							05909991292904	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
							05909991292881	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
107	5.08.09.0000138	Afliberceptum	inj.	1	mg	1	05909991039462	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05909991039400	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
108	5.08.09.0000140	Trastuzumabum	s.c.	1	mg	1	05902768001037	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg; 1 fiol.
109	5.08.09.0000141	Eculizumabum ²	inj.	1	mg	1	05909990643776	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
110	5.08.09.0000142	Eltrombopagum	p.o.	1	mg	1	05909990748204	Revolade, tabletki powlekane, 25 mg

							05909990748235	Revolade, tabletki powlekane, 50 mg
111	5.08.09.0000143	Nintedanibum	p.o.	1	mg	1	05909991206444	Ofev, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991206468	Ofev, kapsułki miękkie, 150 mg
112	5.08.09.0000144	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	inj.	1	mg	1	05909991247904	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
113	5.08.09.0000145	Cabozantinibum	p.o.	1	mg	1	03582186003947	Cabometyx, tabletki powlekane, 20 mg
							03582186003954	Cabometyx, tabletki powlekane, 40 mg
							03582186003961	Cabometyx, tabletki powlekane, 60 mg
114	5.08.09.0000146	Pasireotidum	inj.	1	mg	1	05909991200305	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg
							05909991200312	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg
							05909991200336	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg
							07613421022365	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg
							07613421022372	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg
115	5.08.09.0000147	Vedolizumabum	inj.	1	mg	1	05909991138202	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg
116	5.08.09.0000148	Pembrolizumabum	inj.	1	mg	1	05901549325126	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
117	5.08.09.0000149	Nintedanibum	p.o.	1	mg	1	05909991203894	Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991203887	Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991203900	Vargatef, kapsułki miękkie, 150 mg
118	5.08.09.0000150	Sofosbuvirum, velpatasvirum	p.o.	1	mg	1	05391507142108	Epclusa, tabletki powlekane, 400 + 100 mg
119	5.08.09.0000151	Glecaprevirum, pibrentasvirum	p.o.	1	mg	1	08054083015927	Maviret, tabletki powlekane, 100+40 mg
120	5.08.09.0000152	Alirocumabum	s.c.	1	mg	1	05909991236618	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
121	5.08.09.0000153	Ixekizumabum	s.c.	1	mg	1	05909991282950	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml
122	5.08.09.0000154	Pomalidomidum	p.o.	1	mg	1	05909991185589	Imnovid, kaps. twarda, 1 mg
							05909991185596	Imnovid, kaps. twarda, 2 mg
							05909991185602	Imnovid, kaps. twarda, 3 mg
							05909991185619	Imnovid, kaps. twarda, 4 mg

123	5.08.09.0000155	Sekukinumab	s.c.	1	mg	1	05909991203832	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml
124	5.08.09.0000156	Atezolizumabum	inj.	1	mg	1	05902768001167	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg/20 ml
125	5.08.09.0000157	Nusinersenum	inj.	1	mg	1	05713219500975	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg
126	5.08.09.0000158	Venetoclaxum	p.o.	1	mg	1	08054083013688	Venclyxto, tabletki powlekane, 10 mg
							08054083013916	Venclyxto, tabletki powlekane, 100 mg
							08054083013701	Venclyxto, tabletki powlekane, 100 mg
							08054083013695	Venclyxto, tabletki powlekane, 100 mg
							08054083013718	Venclyxto, tabletki powlekane, 50 mg
127	5.08.09.0000159	Alectinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001143	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg
128	5.08.09.0000160	Blinatumomabum	inj.	1	mcg	1	05909991256371	Blinicyto, proszek do sporządzania koncentratu i roztwór do przygotowania roztworu do infuzji, 38,5 µg
129	5.08.09.0000161	Daratumumabum	inj.	1	mg	1	05909991275235	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol. 20 ml
							05909991275228	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol. 5 ml
130	5.08.09.0000162	Carfilzomibum	inj.	1	mg	1	05909991298463	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg
							05909991298470	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg
							05909991256388	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg
131	5.08.09.0000163	Agalsidasum alfa	inj.	1	mg	1	05909990999514	Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji; 1 mg/ml; 1 fiol. 3,5 ml
132	5.08.09.0000164	Agalsidasum beta	inj.	1	mg	1	05909990013654	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg; 1 fiol.
							05909990971213	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg; 1 fiol.
133	5.08.09.0000165	Palbociclibum	p.o.	1	mg	1	05907636977087	Ibrance, kapsułki twarde, 100 mg
							05907636977094	Ibrance, kapsułki twarde, 125 mg
							05907636977070	Ibrance, kapsułki twarde, 75 mg
							05415062353684	Ibrance, tabl. powl., 100 mg
							05415062353691	Ibrance, tabl. powl., 125 mg
							05415062353677	Ibrance, tabl. powl., 75 mg
134	5.08.09.0000166	Ribociclibum	p.o.	1	mg	1	05909991336769	Kisqali, kapsułki twarde, 200 mg

135	5.08.09.0000167	Baricitinibum	p.o.	1	mg	1	03837000170825	Olumiant, tabl. powł., 4 mg
							03837000170740	Olumiant, tabl. powł., 2 mg
136	5.08.09.0000168	Tofacitinibum	p.o.	1	mg	1	05907636977100	Xeljanz, tabl. powł., 5 mg
							05415062342800	Xeljanz, tabl. powł., 10 mg
137	5.08.09.0000169	Ustekinumabum	inj.	1	mg	1	05909991307066	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
							05909997077512	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 90 mg
138	5.08.09.0000170	Benralizumabum	inj.	1	mg	1	05000456031516	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg
							05000456059213	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg
139	5.08.09.0000171	Cladribinum	p.o.	1	mg	1	04054839365331	Mavenclad, tabl., 10 mg
							04054839365348	Mavenclad, tabl., 10 mg
							04054839365355	Mavenclad, tabl., 10 mg
140	5.08.09.0000172	Evolocumabum	inj.	1	mg	1	05909991224370	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg
141	5.08.09.0000173	Ocrelizumabum	inj.	1	mg	1	05902768001174	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml
142	5.08.09.0000174	Trifluridinum, tipiracilum	p.o.	1	mg	1	05901571320618	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg
							05901571320625	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg
							05901571320632	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg
							05901571320649	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg
143	5.08.09.0000175	Toxinum botulinicum typum A ad iniectionabile a 100	inj.	1	j.	1	05909990643950	Xeomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j.
144	5.08.09.0000176	Ceritinibum	p.o.	1	mg	1	05909991220075	Zykadia, kaps. twarde, 150 mg
145	5.08.09.0000177	Trastuzumabum emtansinum	inj.	1	mg	1	05902768001044	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							05902768001051	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg
146	5.08.09.0000178	Eliglustatum	p.o.	1	mg	1	05909991205942	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg
147	5.08.09.0000179	L-carnitine	p.o.	1	g	1	05016533045017	L-karnityna, proszek, 1 g
148	5.08.09.0000180	Pegvisomant	s.c.	1	mg	1	05909990006281	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg

							05909990006298	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg
149	5.08.09.0000181	Vandetanibum	p.o.	1	mg	1	05909990935437	Caprelsa, tabl. powł., 100 mg
							05909990935444	Caprelsa, tabl. powł., 300 mg
150	5.08.09.0000182	Abemaciclibum	p.o.	1	mg	1	05014602500986	Verzenios, tabl. powł., 100 mg
							05014602500993	Verzenios, tabl. powł., 150 mg
							05014602500979	Verzenios, tabl. powł., 50 mg
151	5.08.09.0000183	Binimetinib	p.o.	1	mg	1	03573994003922	Mektovi, tabl. powł., 15 mg
152	5.08.09.0000184	Brigatinibum	p.o.	1	mg	1	07038319119956	Alunbrig, tabl. powł., 180 mg
							07038319119963	Alunbrig, tabl. powł., 90 mg
							07038319119970	Alunbrig, tabl. powł., 30 mg
							07038319119987	Alunbrig, tabl. powł., 90+180 mg
153	5.08.09.0000185	Dinutuximab beta	inj.	1	mg	1	05060146291736	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml
154	5.08.09.0000186	Encorafenibum	p.o.	1	mg	1	03573994003939	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg
							03573994003946	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg
155	5.08.09.0000187	Guselkumabum	s.c.	1	mg	1	05413868113006	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml
156	5.08.09.0000188	Ponatinibum	p.o.	1	mg	1	07640159433613	Iclusig, tabl. powł., 15 mg
							07640159433637	Iclusig, tabl. powł., 45 mg
157	5.08.09.0000189	Risankizumabum	s.c.	1	mg	1	08054083019277	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg/0,83 ml
158	5.08.09.0000190	Romiplostim	s.c.	1	mcg	1	08715131018139	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg
							05909990766994	Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg
159	5.08.09.0000191	Ivacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167104606	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg
							00351167112205	Kalydeco, granulat w saszetce, 50 mg
							00351167113103	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg
160	5.08.09.0000192	Migalastatum	p.o.	1	mg	1	05909991390273	Galafold, kaps. twarde, 123 mg
161	5.08.09.0000193	Selexipagum	p.o.	1	mcg	1	07640111932796	Uptravi, tabl. powł., 1000 µg
							07640111932802	Uptravi, tabl. powł., 1200 µg
							07640111932819	Uptravi, tabl. powł., 1400 µg
							07640111932826	Uptravi, tabl. powł., 1600 µg
							07640111932833	Uptravi, tabl. powł., 200 µg
							07640111932758	Uptravi, tabl. powł., 200 µg

							07640111932765	Uptravi, tabl. powł., 400 µg
							07640111932772	Uptravi, tabl. powł., 600 µg
							07640111932789	Uptravi, tabl. powł., 800 µg
162	5.08.09.0000194	Durvalumabum	inj.	1	mg	1	05000456031493	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml, 1 fiol.a 10 ml;
							05000456031486	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml, 1 fiol.a 2,4 ml
163	5.08.09.0000195	Inotuzumabum ozogamicini	inj.	1	mg	1	05907636977193	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg
164	5.08.09.0000196	Ketoanalogi aminokwasów	p.o.	1	mg	1	05909990338511	Ketosteril, tabl. powł., 630 mg
165	5.08.09.0000197	Avelumabum	inj.	1	mg	1	04054839462153	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
166	5.08.09.0000198	Ixazomibum	p.o.	1	mg	1	03400930077696	Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg
							03400930077719	Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg
							03400930077726	Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg
167	5.08.09.0000199	Midostaurinum	p.o.	1	mg	1	05909991341527	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg, 112 szt.
							05909991353995	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg, 56 szt.
168	5.08.09.0000200	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	p.o.	1	mg	1	05391507143303	Vosevi, tabl. powł., 400 + 100 + 100 mg
169	5.08.09.0000201	Olaparibum	p.o.	1	mg	1	05000456031325	Lynparza, tabl. powł., 100 mg
							05000456031318	Lynparza, tabl. powł., 150 mg
170	5.08.09.0000202	Dacomitinibum	p.o.	1	mg	1	05415062343951	Vizimpro, tabl. powł., 15 mg
							05415062343968	Vizimpro, tabl. powł., 30 mg
							05415062343975	Vizimpro, tabl. powł., 45 mg
171	5.08.09.0000203	Dexamethasonum	inj.	1	mcg	1	05909990796663	Ozurdex, implant doszkliskowy, 700 µg
172	5.08.09.0000204	Lorlatinibum	p.o.	1	mg	1	05415062343531	Lorviqua, tabl. powł., 100 mg
							05415062348147	Lorviqua, tabl. powł., 25 mg
173	5.08.09.0000205	Lanadelumabum	inj.	1	mg	1	05060147027884	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
174	5.08.09.0000206	Mercaptamini bitartras	p.o.	1	mg	1	05909990213689	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg
175	5.08.09.0000207	Tisagenlecleucelum	inj.	1	zestaw ³	1	05909991384388	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10 ⁶ – 6 x 10 ⁸ komórek
176	5.08.09.0000208	Trientinum tetrahydrochloridum	p.o.	1	mg	1	05350626000102	Cuprior, tabl. powł., 150 mg

177	5.08.09.0000209	Amifampridinum	p.o.	1	mg	1	05055956400706	Firdapse, tabl., 10 mg
178	5.08.09.0000210	Brolucizumabum	inj.	1	mg	1	07613421034993	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml
179	5.08.09.0000211	Cemiplimabum	inj.	1	mg	1	05909991408329	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg
180	5.08.09.0000212	Dupilumabum	s.c.	1	mg	1	05909991341435	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
181	5.08.09.0000213	Levofloxacinum	inh.	1	mg	1	08025153003014	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg
182	5.08.09.0000214	Tolvaptanum	p.o.	1	mg	1	05038256002115	Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg
							05038256002122	Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg
							05038256002139	Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg
183	5.08.09.0000215	Tyldrakizumabum	s.c.	1	mg	1	08430308131700	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
184	5.08.09.0000216	Etanerceptum	inj.	1	mg	1	05909990777938	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml
							05909990880881	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml
185	5.08.09.0000217	Niraparibum	p.o.	1	mg	1	05909991425487	Zejula, kaps. twarde, 100 mg; 56 szt.
							05909991425494	Zejula, kaps. twarde, 100 mg; 84 szt.
186	5.08.09.0000218	Givosiranum ⁴	s.c.	1	fiol.	1	08720165814046	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml; 1 fiol.po 1 ml

¹ - substancja czynna, której średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia

² – substancja czynna finansowana na podstawie:

a) obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523)

oraz

b) na podstawie art. 27 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. z 2020 r. poz. 1493)

³ - rozumiany jako 1 lub więcej worków infuzyjnych przeznaczonych do terapii danego pacjenta

⁴ - technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24b ustawy o refundacji

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

UMOWA Nr/.....
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- LECZENIE SZPITALNE - PROGRAMY LEKOWE

zawarta w, dnia roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: (wskazanie imienia i nazwiska osoby umocowanej) – (wskazanie stanowiska) (nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w** (adres),

na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw¹⁾ nr..... z dnia...../ i nr z dnia...../, zwanym dalej „**Funduszem**”

a

.....
(oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.),

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez

.....

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1.1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym **załącznik nr 1 do umowy**.

2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi w:

- a) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,
- b) ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o refundacji”,
- c) ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów” lub „OWU”,
- d) przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,

¹⁾ niepotrzebne skreślić

- e) przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 2) ze szczegółowymi warunkami zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „warunkami realizacji umów”.
3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w **załączniku nr 2 do umowy**.

2. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z harmonogramem pracy określonym w **załączniku nr 2 do umowy**.

3. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy określone są w **załączniku nr 2 do umowy**.

4. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w **załączniku nr 3 do umowy**.

5. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i warunkach realizacji umów.

6. Zaprzeszanie współpracy z podwykonawcą lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

7. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

8. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „Funduszem”, aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Funduszu, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.

9. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia świadczeniobiorcom zakwalifikowanym do leczenia bezpłatnego dostępu do leków będących przedmiotem umowy.

10. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia świadczeniobiorcom zakwalifikowanym do leczenia bezpłatnego dostępu do badań wymienionych w opisach programów lekowych, będących przedmiotem umowy, rozliczanych w ramach katalogu ryczałów za diagnostykę w programach lekowych, stanowiącym **załącznik nr 11 do warunków realizacji umów**.

11. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia, w okresie obowiązywania umowy, ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom leczonym w ramach programów lekowych.

12. Świadczenia są udzielane w ramach katalogu świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne - programy lekowe, stanowiącym **załącznik nr 1k do warunków realizacji umów**.

13. Świadczeniodawca nabywa odpłatnie leki będące przedmiotem umowy.

14. Nabycie leków, o których mowa w ust. 13, może odbywać się po przeprowadzeniu wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

15. W przypadku, gdy nabycie leków będzie odbywać się na zasadach określonych w ust. 14, Świadczeniodawca zobowiązany jest do zawarcia porozumienia zgodnie z art. 38 ust. 1 i 2 ustawy PZP oraz udzielenia upoważnienia do przeprowadzenia wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego podmiotowi, który będzie przeprowadzał to postępowanie, na zasadach określonych w zarządzeniu.

16. W przypadku, gdy umowa zawarta przez świadczeniodawcę przed zamieszczeniem przez Prezesa NFZ informacji, o której mowa w § 13 ust. 4 warunków realizacji umów, określa nie wyższą cenę leku niż cena tego samego leku nabytego w wyniku wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, datą rozpoczęcia realizacji świadczeń z wykorzystaniem leku nabytego w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego jest upływ terminu, na jaki zawarta została ta umowa.

17. Świadczeniodawca jest zobowiązany do sprawozdawania danych dotyczących faktur zakupu leków zgodnie z:

- 1) formatem XML w komunikacie FZX określonym w załączniku nr 6 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML oraz
- 2) załącznikiem nr 1 do zarządzenia, o którym mowa w pkt 1.

18. Świadczenia są udzielane z zastosowaniem leków wymienionych w wykazie stanowiącym **załącznik nr 1m do zarządzenia** lub substancji czynnych określonych w katalogu refundowanych substancji czynnych w programach lekowych, w przypadku, o którym mowa w § 5 warunków realizacji umów.

19. Świadczenia niezbędne do realizacji programów lekowych, a nieobjęte umową, rozliczane są na podstawie odrębnych umów.

20. Świadczeniodawca zobowiązany jest do prawidłowego i terminowego uzupełniania danych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c ustawy o świadczeniach.

21. Dane, o których mowa w ust. 20, są:

- 1) uzupełniane na bieżąco, zgodnie z terminami dotyczącymi monitorowania leczenia, określonymi w opisie programu lekowego, oraz na zakończenie leczenia;
- 2) gromadzone w dokumentacji medycznej pacjenta i udostępniane każdorazowo na żądanie kontrolerów Funduszu.

22. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przekazywania danych i informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do Funduszu zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia, o którym mowa w ust. 17 pkt 1.

23. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

24. Świadczeniodawca zobowiązany jest do:

- 1) realizacji instrumentów dzielenia ryzyka,
- 2) współpracy z Prezesem Funduszu oraz dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu przy realizacji instrumentów dzielenia ryzyka

– o których mowa w art. 11 ust. 5 ustawy o refundacji.

25. Świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielenia niezbędnych informacji i wyjaśnień dyrektorowi oddziału Funduszu lub Prezesowi Funduszu do realizacji zadań, o których mowa odpowiednio w art. 107 w ust. 5 pkt 8 lit. e oraz w art. 102 ust. 5a ustawy o świadczeniach, w terminie 3 dni od dnia otrzymania wniosku o ich udzielenie.

26. Świadczeniodawca jest zobowiązany do przekazywania, na wskazany przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu adres poczty elektronicznej, w związku z realizacją przez dyrektora oddziału Funduszu zadań, o których mowa w art. 107 w ust. 5 pkt 8 lit. e ustawy o świadczeniach, projektu specyfikacji istotnych warunków zamówienia wraz z załącznikami, nie później niż 5 dni roboczych przed ich publikacją.

§ 3. Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy jest obowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, zawartej zgodnie z warunkami określonymi w art. 136b ustawy o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4. 1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia r. do dnia r. wynosi maksymalnie.....zł (słownie:zł).

2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 OWU.

3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 lub ust. 4a OWU, w sposób określony w § 16 ust. 3, 4, 4b i 4c OWU, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

4. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1 do umowy**.

5. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń za okres sprawozdawczy równa jest sumie wartości za:

1) świadczenie oraz

2) podane lub wydane świadczeniobiorcy leki. Należność jest określona w rachunku oraz ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, kwota należności nie może przekroczyć maksymalnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, z tytułu realizacji umowy.

7. W przypadku, gdy wartość świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, przekroczy kwotę, o której mowa w ust. 1, zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań we właściwych ze względu na realizację świadczeń zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Funduszu wobec świadczeniodawcy.

8. Zwiększenie, o którym mowa w ust. 7, dokonywane jest przez Fundusz na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania.

9. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia, po przekroczeniu kwoty zobowiązania określonej w umowie dla zakresu, w którym udzielono tych świadczeń, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, zwiększeniu ulegają liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania w tym zakresie, z zastrzeżeniem, że liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania może wzrosnąć maksymalnie o liczbę jednostek rozliczeniowych i wartość, odpowiadającą świadczeniom udzielonym świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia ponad kwotę zobowiązania, w tym kwartale.

10. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń, Fundusz przekazuje na rachunek bankowy: Dane posiadacza rachunku bankowego: nr.....

11. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 10, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 4 do umowy**.

12. Wniosek, o którym mowa w ust. 11, składa się w formie:

1) elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz

2) pisemnej.

13. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu, wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

14. Faktury wynikające z realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej przez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności faktury.

KARY UMOWNE

§ 5. 1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub wystawienia recept w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanej na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania w Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ, w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

4. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 lub ust. 4a OWU, w sposób określony w § 16 ust. 3, 4, 4b i 4c OWU, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

5. Kary umowne, o których mowa w ust. 1-4, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w OWU.

6. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 6. 1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia do dnia roku.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 7. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla siedziby dyrektora Oddziału.

§ 8. W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Ogólnych warunków umów.

§ 9. Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 10. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

- 1) Załącznik nr 1 do umowy – Plan rzeczowo-finansowy,
- 2) Załącznik nr 2 do umowy – Harmonogram-zasoby,
- 3) Załącznik nr 3 do umowy – Wykaz podwykonawców,
- 4) Załącznik nr 4 do umowy – Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego.

PODPISY STRON

.....

.....

.....

.....

Świadczeniodawca

Fundusz

Plan rzeczowo-finansowy

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr... do umowy nr rodzaj świadczeń: wersja		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego: OW NFZ
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ		
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		

Okres rozliczeniowy od..... do.....

Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								

Okres rozliczeniowy od..... do.....**

Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje

Razem pozycje	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
	Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
	Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
	Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje						
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu		
Kod miejsca		Nazwa miejsca				
Adres miejsca					TERYT	
				Styczeń	Luty	Marzec
				Kwiecień	Maj	Czerwiec
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień
				Październik	Listopad	Grudzień

data sporządzenia

Fundusz***

Świadczeniodawca****

* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

** - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Harmonogram - zasoby

Załącznik nr do umowy nr

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu									
I. Miejsce udzielania świadczeń													
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)		Adres miejsca (d)			VII cz.KR* (e)	VIII cz.KR* (f)	Profil IX-X cz.KR* (g)		Status **		
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń													
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status **				
III. Personel													
Id osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Tyg. lb. godzin (h)	Obowiązuje od (i)	Obowiązuje do (j)	Status **
IV. Sprzęt													
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)				Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **		

Fundusz***

Świadczeniodawca****

* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.)

** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Wykaz podwykonawców

Załącznik nr do umowy nr
 rodzaj świadczeń:.....

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			

data sporządzenia

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Wniosek w sprawie rachunku bankowego

Miejscowość Data

Kod Oddziału Wojewódzkiego

Dane Świadczeniodawcy

(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego:	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Świadczeniodawca*

* pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Załącznik Nr 2t do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

**Katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych
substancje czynne zawarte w lekach czasowo niedostępnych w obrocie na terytorium RP**

lp.	kod substancji czynnej	nazwa substancji czynnej	jednostka rozliczeniowa	wartość punktowa	tryb podania leku			Uwagi
					tryb ambulatoryjny	tryb jednodniowy	hospitalizacja	
1	5.08.07.0000102	trifluridinum + tipiracilum - p.o.	(15mg + 6,14 mg, 60 tabl.)	7 215,56	x	x	x	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych w okresie od dnia 27 stycznia 2020 r.
2	5.08.07.0000103	trifluridinum + tipiracilum - p.o.	(20mg + 8,19 mg, 20 tabl.)	3 206,92	x	x	x	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych w okresie od dnia 31 stycznia 2020 r.
3	5.08.07.0000104	encorafenibum - p.o.	(50 mg, 28 kaps.)	2 341,71	x	x	x	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych w okresie od dnia 29 marca 2021 r.

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 11 lutego 2022 r.

Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych		
CZĘŚĆ WSPÓLNA		
wymagania formalne	Wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający specjalność lub profil komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego zgodne ze szczegółowymi wymaganiami określonymi dla każdego programu lekowego.	
B.1.	03.0000.301.02	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B
B.3.	03.0000.303.02	Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)
B.4.	03.0000.304.02	Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego
B.5.	03.0000.305.02	Leczenie raka wątrobowokomórkowego
B.6.	03.0000.306.02	Leczenie niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca
B.8.	03.0000.308.02	Leczenie mięsaków tkanek miękkich
B.9.	03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi
B.10.	03.0000.310.02	Leczenie raka nerki
B.12.	03.0000.312.02	Leczenie chorych na chłoniaki złośliwe
B.14.	03.0000.314.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową
B.15.	03.0000.315.02	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B
B.17.	03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci
B.18.	03.0000.318.02	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego
B.19.	03.0000.319.02	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki
B.20.	03.0000.320.02	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1
B.21.	03.0000.321.02	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii
B.22.	03.0000.322.02	Leczenie choroby Pompego
B.23.	03.0000.323.02	Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III
B.24.	03.0000.324.02	Leczenie choroby Hurler
B.25.	03.0000.325.02	Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)
B.27.	03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydą
B.28.	03.0000.328.02	Leczenie dystonii ogniskowych i połowicznego kurczu twarzy
B.29.	03.0000.329.02	Leczenie stwardnienia rozsianego
B.30.	03.0000.330.02	Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym
B.31.	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)
B.32.	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego - Crohna
B.33.	03.0000.333.02	Leczenie aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów
B.35.	03.0000.335.02	Leczenie aktywnej postaci łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)
B.36.	03.0000.336.02	Leczenie aktywnej postaci zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)
B.37.	03.0000.337.02	Leczenie niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek
B.38.	03.0000.338.02	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)
B.39.	03.0000.339.02	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych
B.40.	03.0000.340.02	Profilaktyka zakażeń wirusem RS
B.41.	03.0000.341.02	Leczenie zespołu Prader - Willi
B.42.	03.0000.342.02	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)
B.44.	03.0000.344.02	Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej oraz ciężkiej astmy eozynofilowej
B.46.	03.0000.346.02	Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego
B.47.	03.0000.347.02	Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej
B.50.	03.0000.350.02	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej
B.52.	03.0000.352.02	Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi
B.53.	03.0000.353.02	Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki
B.54.	03.0000.354.02	Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmacytowego
B.55.	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego
B.56.	03.0000.356.02	Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego
B.57.	03.0000.357.02	Leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A
B.58.	03.0000.358.02	Leczenie zaawansowanego raka żołądka
B.59.	03.0000.359.02	Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych

**Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń
z zakresu programów lekowych**

CZĘŚĆ WSPÓLNA		
wymagania formalne	Wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający specjalność lub profil komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego zgodne ze szczegółowymi wymaganiami określonymi dla każdego programu lekowego.	
B.61.	03.0000.361.02	Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej
B.62.	03.0000.362.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych
B.64.	03.0000.364.02	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)
B.65.	03.0000.365.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną
B.66.	03.0000.366.02	Leczenie chorych na pierwotne chłoniaki skórne T – komórkowe
B.67.	03.0000.367.02	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych
B.69.	03.0000.369.02	Leczenie parykalcytolem wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych
B.70.	03.0000.370.02	Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)
B.71.	03.0000.371.02	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową
B.73.	03.0000.373.02	Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza
B.74.	03.0000.374.02	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)
B.75.	03.0000.375.02	Leczenie aktywnej postaci ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA)
B.76.	03.0000.376.02	Leczenie tyrozyneimii typu 1 (HT-1)
B.77.	03.0000.377.02	Leczenie chorych na chłoniaki CD30+
B.79.	03.0000.379.02	Leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem
B.81	03.0000.381.02	Leczenie mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej
B.82	03.0000.382.02	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK
B.84	03.0000.384.02	Lenalidomid w leczeniu pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytotętniczną w postaci izolowanej delecji 5q
B.85	03.0000.385.02	Leczenie pacjentów z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki
B.86	03.0000.386.02	Leczenie wrodzonych zespołów autozapalnych
B.87	03.0000.387.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc
B.88	03.0000.388.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnomórkowego skóry wismodegibem
B.89	03.0000.389.02	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyżsiołkowymi olbrzymiomórkowymi (SEGA)
B.90	03.0000.390.02	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona
B.92	03.0000.392.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutinibem
B.93	03.0000.393.02	Piksantron w leczeniu chorych na chłoniaki złośliwe
B.95	03.0000.395.02	Leczenie atypowego zespołu hemolityczno - mocznicowego (aHUS)
B.96	03.0000.396.02	Leczenie nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH)1
B.97	03.0000.397.02	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną
B.98	03.0000.398.02	Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną małopłytkowość immunologiczną
B.99	03.0000.399.02	Leczenie akromegalii
B.100	03.0000.400.02	Leczenie opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu
B.101	03.0000.401.02	Leczenie inhibitorami PCSK-9 pacjentów z zaburzeniami lipidowymi
B.102	03.0000.402.02	Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni
B.103	03.0000.403.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem
B.104	03.0000.404.02	Leczenie choroby Fabry'ego
B.105	03.0000.405.02	Leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) - część pośrednia, odcinek tylny lub cała błona naczyniowa
B.106	03.0000.406.02	Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV
B.107	03.0000.407.02	Leczenie przewlekłej pokrzywki spontanicznej
B.108	03.0000.408.02	Leczenie agresywnego i objawowego, nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka rdzeniastego tarczycy
B.109	03.0000.409.02	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych
B.110	03.0000.410.02	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym
B.111	03.0000.411.02	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie
B.112	03.0000.412.02	Leczenie mukowiscydozy
B.113	03.0000.413.02	Leczenie pacjentów z chorobami nerek
B.114	03.0000.414.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową
B.115	03.0000.415.02	Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej
B.116	03.0000.416.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka szyjki macicy
B.117	03.0000.417.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem
B.118	03.0000.418.02	Leczenie choroby Cushinga
B.119	03.0000.419.02	Leczenie pacjentów z postępującym, miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami, zróznicowanym (brodawkowatym/pęcherzykowym/oksyfilnym - z komórek Hürthle'a) rakiem tarczycy, opornym na leczenie jodem radioaktywnym
B.120	03.0000.420.02	Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME)
B.121	03.0000.421.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona
B.122	03.0000.422.02	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu

**Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń
z zakresu programów lekowych**

CZĘŚĆ WSPÓLNA

wymagania formalne	Wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający specjalność lub profil komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego zgodne ze szczegółowymi wymaganiami określonymi dla każdego programu lekowego.	
B.123	03.0000.423.02	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona
B.124	03.0000.424.02	Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry
B.125	03.0000.425.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem
B.126	03.0000.426.02	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwrodnienia wielotorbielowatego nerek
B.127	03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną
B.128.FM	03.0000.428.02	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat

03.0000.301.02	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1056	poradnia hepatologiczna
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1340	poradnia chorób zakaźnych
	1341	poradnia chorób zakaźnych dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4340	oddział chorób zakaźnych
	4341	oddział chorób zakaźnych dla dzieci
	4348	oddział obserwacyjno-zakaźny
	4349	oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4654	oddział transplantacji wątroby
	4655	oddział transplantacji wątroby dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób zakaźnych lub transplantologii klinicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HCV, HBV)	

03.0000.303.02	Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1243	poradnia chemioterapii dla dzieci
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4240	oddział onkologiczny
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4243	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatriczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4541	oddział chirurgii onkologicznej dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	RTG	
	USG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania histopatologiczne	
	badania immunohistochemiczne (antygeny nowotworowe: CD-117)	
	badania molekularne (oznaczenie mutacji KIT i PDGFRA)	

03.0000.304.02	Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie radioterapii onkologicznej - w przypadku raka odbytnicy.
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR lub PET	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania histopatologiczne	
	badania immunohistochemiczne	
	badania molekularne (ocena stanu genów RAS i BRAF)	

03.0000.305.02	Leczenie raka wątrobowokomórkowego
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	tomografia komputerowa	
	badania histopatologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.306.02	Leczenie niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4272	oddział chorób płuc
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub chorób płuc	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów - w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK	
	EKG	
	badania histopatologiczne	
	badania cytologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania molekularne (ocena stanu genów EGFR, ALK oraz ROS1) z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu	
	badania immunohistochemiczne: ALK z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu oraz stopień ekspresji PD-L1	

03.0000.308.02	Leczenie mięsaków tkanek miękkich
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR	
	RTG	
	EKG	
	ECHO SERCA	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	
	badanie histopatologiczne	
	badanie immunohistochemiczne	

03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	scyntygrafia	
	ECHO	
	USG	
	mammografia	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ (ocena receptorów HER2, ER, PGR)	

03.0000.310.02	Leczenie raka nerki
-----------------------	----------------------------

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania histopatologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	

03.0000.312.02	Leczenie chorych na chłoniaki złośliwe
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne (antygen CD-20)	
	badania histopatologiczne	
	tomografia komputerowa (TK) lub rezonans magnetyczny, lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET-CT)	

03.0000.314.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie cytomorfologiczne szpiku	
	badania cytogenetyczne szpiku lub krwi obwodowej	
	badanie molekularne RT-PCR szpiku lub krwi obwodowej - badanie wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka	

03.0000.315.02	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny
	4403	oddział niemowlęcy
	4401	oddział pediatryczny o profilu hematologii
	HC.1.1. lub 1.2.	
	50	
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	REGIONALNE CENTRA LECZENIA HEMOFILII	TAK
	LOKALNE CENTRA LECZENIA HEMOFILII	TAK
	pozostałe	zapewnienie realizacji zadań i świadczeń przez regionalne i lokalne centra leczenia hemofilii (we wszystkie dni tygodnia) - zgodnie z opisem programu - w lokalizacji
lekarze	regionalne centra leczenia hemofilii	lekarz specjalista w dziedzinie hematologii lub pediatrii, lub onkologii i hematologii dziecięcej; (łącznie czas pracy – równoważnik 2 etatów; nie dotyczy dyżuru medycznego) w tym lekarz posiadający co najmniej stopień naukowy doktora nauk medycznych (łącznie czas pracy - równoważnik 1 etatu, nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	lokalne centra leczenia hemofilii	lekarze (łącznie czas pracy - równoważnik 2 etatów, nie dotyczy dyżuru medycznego), w tym – lekarz specjalista w dziedzinie hematologii lub pediatrii, lub onkologii i hematologii dziecięcej (łącznie czas pracy - równoważnik 1 etatu; nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	świadczeniodawcy udzielających świadczenia „leczenie w warunkach domowych”	lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej (łącznie czas pracy – równoważnik 1 etatu; nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki z odbytym szkoleniem w zakresie przetaczania krwi i jej składników	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	regionalne centra leczenia hemofilii - w lokalizacji	USG
	regionalne centra leczenia hemofilii - zapewnienie dostępu	RTG
		TK
		MRI
		badania genetyczne
		badania immunohistochemiczne
		badania koagulologiczne
	lokalne centra leczenia hemofilii - w lokalizacji	USG
	lokalne centra leczenia hemofilii - zapewnienie dostępu	RTG
		badania koagulologiczne
	regionalne centra leczenia hemofilii - w miejscu udzielania świadczeń - dotyczy oddziału	kardiomonitor
wyposażenie w sprzęt	lokalne centra leczenia hemofilii - w miejscu udzielania świadczeń - dotyczy oddziału	kardiomonitor

03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1080	poradnia immunologiczna
	1081	poradnia immunologiczna dla dzieci
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4081	oddział immunologii klinicznej dla dzieci
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub immunologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem na oddziale lub poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, immunologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.318.02	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	
	HC.1.1. lub HC.1.2.	oddział pediatryczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	117	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	117	
	4671	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	117	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	USG	
	EKG	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne)	

03.0000.319.02	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatryczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub endokrynologii, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, neurochirurgii, onkologii i hematologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wypożyczenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.320.02	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.1.1. lub HC.1.2.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub endokrynologii, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: kardiologii lub kardiologii dziecięcej, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, neurochirurgii, onkologii i hematologii dziecięcej, diabetologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wyposażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.321.02	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
organizacja udzielania świadczeń	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, okulistyki, neurologii lub neurologii dziecięcej b) dorośli - okulistyki, neurologii dostęp do konsultacji: dietetycznej, psychologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	rezonans magnetyczny	
	badania densytometryczne	
	badania okulistyczne z oceną oka w lampie szczelinowej	

03.0000.322.02	Leczenie choroby Pompego
-----------------------	---------------------------------

	kod resortowy	nazwa
	4000 HC.1.1. lub HC.1.2. 43 lub 44 lub 123	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
organizacja udzielania świadczeń	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - chorób płuc lub chorób płuc dzieci, pediatrii metabolicznej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii lub neurologii dziecięcej b) dorośli - chorób płuc, kardiologii, otorynolaryngologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii dostęp do konsultacji psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	echokardiografia	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	
	badania spirometryczne	
	badania audiometryczne	

03.0000.323.02	Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii, lub hematologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej, lub hematologii i onkologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii lub neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej b) dorośli – kardiologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii, onkologii klinicznej, hematologii dostęp do konsultacji psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	echokardiografia	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	
	biopsja szpiku (w przypadkach uzasadnionych medycznie)	

03.0000.324.02	Leczenie choroby Hurler
-----------------------	--------------------------------

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC. 1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu b) dorośli - otorynolaryngologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu
		dostęp do konsultacji psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	EMG	
	echokardiografia	
	badania audiometryczne	
	badania spirometryczne	
	badania okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	

03.0000.325.02	Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, chorób płuc lub chorób płuc dzieci, okulistyki, rehabilitacji medycznej, neurologii lub neurologii dziecięcej b) dorośli – chorób płuc, okulistyki, rehabilitacji medycznej, neurologii dostęp do konsultacji: psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	EMG	
	echokardiografia	
	badania audiometryczne	
	badania spirometryczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	

03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1276	poradnia leczenia mukowiscydozy
	1277	poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4401	oddział pediatryczny
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do pielęgniarek/ fizjoterapeutów przeszkolonych w zakresie fizjoterapii chorych na mukowiscydozę
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub chorób płuc dzieci, lub pediatrii posiadający co najmniej 2 letnie doświadczenie w leczeniu chorych na mukowiscydozę	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	spirometria	
	audiogram	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badanie bakteriologiczne	

03.0000.328.02	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1300	poradnia rehabilitacyjna
	1301	poradnia rehabilitacyjna dla dzieci
	1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu
	1303	poradnia rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
	1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej
	1307	poradnia rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4300	oddział rehabilitacyjny
	4301	oddział rehabilitacyjny dla dzieci
	4302	oddział rehabilitacji narządu ruchu
	4303	oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
	4306	oddział rehabilitacji neurologicznej
	4307	oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu rehabilitacji medycznej
	HC.1.2.	
	33	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu rehabilitacji medycznej
	HC.1.2.	
	33	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub rehabilitacji medycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu z co najmniej rocznym doświadczeniem w prowadzeniu leczenia toksyną botulinową, potwierdzonym pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej lub rehabilitacji medycznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR	
	EMG	
	RTG	
	USG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.329.02	Leczenie stwardnienia rozsianego
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie ogólne moczu)	

03.0000.330.02	Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym
----------------	--

	kod resortowy		nazwa	
organizacja udzielania świadczeń	1220		poradnia neurologiczna	
	1221		poradnia neurologiczna dla dzieci	
	1300		poradnia rehabilitacyjna	
	1301		poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	
	1302		poradnia rehabilitacji narządu ruchu	
	1303		poradnia rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci	
	1306		poradnia rehabilitacji neurologicznej	
	1307		poradnia rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	
	1401		poradnia pediatryczna	
	1580		poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	
	1581		poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	
	4220		oddział neurologiczny	
	4221		oddział neurologiczny dla dzieci	
	4300		oddział rehabilitacyjny	
	4301		oddział rehabilitacyjny dla dzieci	
	4302		oddział rehabilitacji narządu ruchu	
	4303		oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci	
	4306		oddział rehabilitacji neurologicznej	
	4307		oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	
	4401		oddział pediatryczny	
	4580		oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	
	4581		oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	
	4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii	
	HC.1.2.			
	22			
	4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	
	HC.1.2.			
	25			
	4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu rehabilitacji medycznej	
	HC.1.2.			
	33			
	4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej	
	HC.1.2.			
	58			
	4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii	
	HC.1.2.			
	22			
	4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	
	HC.1.2.			
	25			
	4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu rehabilitacji medycznej	
	HC.1.2.			
	33			
	4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej	
	HC.1.2.			
	58			
	ODDZIAŁ		TAK	
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA		TAK	
	PORADNIA		TAK	
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ		TAK	
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ		TAK	
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA		NIE	
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ		NIE	
	pozostałe		nie dotyczy	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub rehabilitacji medycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu z co najmniej rocznym doświadczeniem w prowadzeniu leczenia toksyną botulinową, potwierdzonym pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej lub rehabilitacji medycznej			
	łącznie czas pracy		równoważnik 1 etatu	
pielęgniarki	pielęgniarki			
	łącznie czas pracy		równoważnik 1 etatu	
zapewnienie realizacji badań	EMG			
	RTG			
	USG			
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)			

03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1100	poradnia kardiologiczna
	1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	4100	oddział kardiologiczny
	4101	oddział kardiologiczny dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii
	HC.1.2.	
	53	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	54	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu kardiologii
	HC.1.2.	
	53	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu kardiologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	54	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	pracownia hemodynamiczna pozwalająca na wykonanie cewnikowania prawego i lewego serca pod kontrolą RTG
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub kardiologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc dzieci lub kardiologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	RTG	
	USG	
	TK wysokiej rozdzielności z możliwością wykonania angio-CT	
	echokardiografia dopplerowska	
	testy czynnościowe płuc (w tym pletyzmografia - nie dotyczy dzieci)	
	scyntygrafia perfuzyjna płuc	
	spiroergometria	
	badania laboratoryjne (hematologiczne, biochemiczne, ocena układu krzepnięcia, panel autoimmunologiczny, badania serologiczne, troponina, NT-pro-BNP)	

03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego - Crohna
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4500	oddział chirurgiczny ogólny
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, mikrobiologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.333.02	Leczenie aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

03.0000.335.02	Leczenie aktywnej postaci łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1200	poradnia dermatologiczna
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4200	oddział dermatologiczny
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4670	
	HC.1.2.	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	09	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub dermatologii i wenerologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii – w przypadku realizacji świadczenia wyłącznie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie dermatologii i wenerologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG klatki piersiowej	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne	
	mammografia lub USG	

03.0000.336.02	Leczenie aktywnej postaci zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

03.0000.337.02	Leczenie niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	122	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu nefrologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	122	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii lub nefrologii dziecięcej, lub transplantologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy w komórce organizacyjnej (oddziale lub poradni) o profilu nefrologicznym	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania immunohistochemiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.338.02	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii lub pediatrii, lub nefrologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: genetyki klinicznej, endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, okulistyki, onkologii i hematologii dziecięcej, urologii lub urologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii lub kardiologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania densytometryczne	
wyposażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.339.02	Leczenie wtórnej nadciśności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	1642	ambulatoryjna stacja dializ
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4130	oddział nefrologiczny
	4132	stacja dializ
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	STACJA DIALIZ	TAK
	AMBULATORYJNA STACJA DIALIZ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy w komórce organizacyjnej (oddziale lub poradni, lub stacji dializ) o profilu nefrologicznym	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.340.02	Profilaktyka zakażeń wirusem RS
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1421	poradnia neonatologiczna
	4421	oddział neonatologiczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neonatologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne,wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.341.02	Leczenie zespołu Prader - Willi
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub pediatrii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: genetyki klinicznej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, okulistyki, rehabilitacji medycznej, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, położnictwa i ginekologii, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej dostęp do konsultacji: dietetycznej, psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wypożyczenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.342.02	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatryczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub pediatrii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: genetyki klinicznej, położnictwa i ginekologii, okulistyki, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, nefrologii lub nefrologii dziecięcej, urologii lub urologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wypożyczenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.344.02	Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej oraz ciężkiej astmy eozynofilowej
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii lub chorób płuc, lub chorób płuc u dzieci	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	spirometria z możliwością wykonania próby rozkurczowej	
	PEF	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, immunologiczne (IgE całkowite i IgE-alergenowo swoiste), badanie kału w kierunku pasożytów)	

03.0000.346.02	Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK (poradnia będąca komórką organizacyjną szpitala posiadającego OIOM lub oddział neurologiczny lub oddział neurologiczny dla dzieci)
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	świadczeniodawca udzielający świadczeń dla dorosłych: a) co najmniej 5-letnia realizacja programu lekowego "Leczenie stwardnienia rozsianego" oraz b) leczenie co najmniej 50 pacjentów dorosłych w ramach programu lekowego "Leczenie stwardnienia rozsianego" w okresie 12 miesięcy poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
		świadczeniodawca udzielający świadczeń dla dzieci: a) co najmniej 3-letnia realizacja programu lekowego "Leczenie stwardnienia rozsianego" oraz b) leczenie co najmniej 5 pacjentów poniżej 18 roku życia w ramach programu lekowego "Leczenie stwardnienia rozsianego" w okresie 12 miesięcy poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej;
lekarze	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w leczeniu chorych ze stwardnieniem rozsianym	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: kardiologii, okulistyki, dermatologii i wenerologii, chorób zakaźnych, chorób płuc
	dzieci - lekarze specjaliści neurologii dziecięcej z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu chorych ze stwardnieniem rozsianym	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: kardiologii, kardiologii dziecięcej, okulistyki, dermatologii i wenerologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	w lokalizacji udzielania świadczeń	EKG (12-kanalowe lub RR)
		badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi, badanie moczu, test ciążowy)
	zapewnienie dostępu do	rezonans magnetyczny (bez i po podaniu kontrastu)
		RTG
		oznaczenia poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV)
		badania w kierunku HIV, HBV, HCV, TBC
	testu na obecność przeciwciał anty-JCV	

03.0000.347.02	Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: otorynaryngologii lub otorynaryngologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodoncją lub stomatologii dziecięcej, chirurgii stomatologicznej lub periodontologii, położnictwa i ginekologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG klatki piersiowej	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	
	USG	

03.0000.350.02	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1460	poradnia ginekologii onkologicznej
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4460	oddział ginekologii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu ginekologii onkologicznej
	HC.1.2.	
	49	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub ginekologii onkologicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania histopatologiczne	
	badania immunohistochemiczne	
	badania molekularne (ocena stanu genu BRCA)	

03.0000.352.02	Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	4240	oddział onkologiczny - współpracujący z oddziałem radioterapii lub zakładem radioterapii
	4240	oddział onkologiczny o profilu radioterapii onkologicznej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	32	
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii - współpracujący z oddziałem radioterapii lub zakładem radioterapii
	4244	oddział radioterapii - współpracujący z oddziałem onkologicznym lub onkologii klinicznej/chemioterapii, lub oddziałem leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej - współpracujący z oddziałem radioterapii lub zakładem radioterapii
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	oddział anestezjologii i intensywnej terapii - dostęp
		oddział radioterapii lub zakład radioterapii - w lokalizacji
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub radioterapii onkologicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie otolaryngologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	USG	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	

03.0000.353.02	Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4030	oddział endokrynologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub endokrynologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów – w przypadku realizacji programu wyłącznie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie endokrynologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR	
	RTG	
	EKG	
	badania histopatologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.354.02	Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK	
	EKG	
	ECHO serca	
	RTG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie cytomorfologiczne szpiku	
	badanie cytogenetyczne szpiku	
	oznaczenie stężenia białka M w surowicy i moczu (elektroforeza, immunofiksacja)	
	oznaczanie stężenia wolnych łańcuchów lekkich w surowicy	
	pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a)	

03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4500	oddział chirurgiczny ogólny
	4501	oddział chirurgiczny ogólny dla dzieci
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do oddziału chirurgicznego ogólnego lub chirurgicznego ogólnego dla dzieci w lokalizacji - w przypadku realizacji programu na oddziale innym niż taki oddział
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	badanie endoskopowe	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, mikrobiologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.356.02	Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego
-----------------------	---

	organizacja udzielania świadczeń	
	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1244	poradnia radioterapii
	1640	poradnia urologiczna
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4244	oddział radioterapii
	4640	oddział urologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	w przypadku stosowania dichlorku radu Ra 223 – zapewnienie dostępu do pracowni lub zakładu medycyny nuklearnej (7950)
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub urologii, lub radioterapii onkologicznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	przeprowadzenie w lokalizacji wielospecjalistycznej konsultacji z udziałem lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej – w przypadku realizacji programu przez lekarzy specjalistów w dziedzinie radioterapii onkologicznej lub urologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK	
	MRI	
	scyntygrafia	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badanie histopatologiczne	
pozostałe	w przypadku udzielania świadczeń w oddziale urologicznym, w poradni urologicznej lub oddziale leczenia jednego dnia o profilu urologii świadczeniodawca musi posiadać pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie urologii	

03.0000.357.02	Leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1300	poradnia rehabilitacyjna
	1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu
	1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej
	4220	oddział neurologiczny
	4300	oddział rehabilitacyjny
	4302	oddział rehabilitacji narządu ruchu
	4306	oddział rehabilitacji neurologicznej
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do (rehabilitacji neurologicznej lub rehabilitacji narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnoustrojowej) realizowanej przez świadczeniodawcę posiadającego umowę z NFZ na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza
		program realizowany w trybie ambulatoryjnym
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub rehabilitacji medycznej z co najmniej rocznym doświadczeniem w prowadzeniu leczenia toksyną botulinową, potwierdzonym pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii lub rehabilitacji medycznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne - INR	

03.0000.358.02	Leczenie zaawansowanego raka żołądka
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	ECHO	
	USG	
	RTG	
	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	scyntygrafia	
	badania immunohistochemiczne	
	badania histopatologiczne	
	badania molekularne (ocena stanu genu HER 2)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.359.02	Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii onkologicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów - w lokalizacji
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endykrynologii, radioterapii onkologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hematologiczne, hormonalne)	
	RTG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	USG	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	
	badania endoskopowe - kolonoskopia	
	ocena obecności mutacji BRAF V600	
	badania mikrobiologiczne (bakteriologiczne, wirusologiczne, mykologiczne)	
pozostałe	doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na czerniaka (co najmniej 50 chorych rocznie - dotyczy oferenta)	

03.0000.361.02	Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatria
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatria
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub nefrologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub nefrologii dziecięcej lub pediatrii metabolicznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - nefrologii lub nefrologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, chorób płuc lub chorób płuc dla dzieci, dermatologii i wenerologii, pediatrii metabolicznej, gastroenterologii dziecięcej lub gastroenterologii; b) dorośli – nefrologii, neurologii, okulistyki, endokrynologii, chorób płuc, dermatologii i wenerologii, gastroenterologii
		dostęp do konsultacji psychologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badanie okulistyczne (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym)	
	spirometria	

03.0000.362.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1080	poradnia immunologiczna
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4070	oddział hematologiczny
	4080	oddział immunologii klinicznej
	4272	oddział chorób płuc
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób wewnętrznych
	HC.1.2.	
	07	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie immunologii klinicznej lub chorób wewnętrznych, lub chorób płuc, lub hematologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie immunologii klinicznej – w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w realizacji procedury przetaczania immunoglobulin u pacjentów dorosłych	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, immunologiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	USG	
	RTG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	

03.0000.364.02	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub pediatrii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, neurochirurgii, onkologii i hematologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, genetyki klinicznej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej
		dostęp do konsultacji psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wypożyczenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.365.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4658	oddział transplantacji szpiku
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dla terapii tisagenlecleucelem - wykwalifikowany ośrodek posiadający certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów.
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dla terapii tisagenlecleucelem - doświadczenie w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolenie w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi tisagenlecleucelem.
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny	
	EKG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie cytomorfologiczne szpiku	
	badanie cytometrii przepływowej krwi lub szpiku	
	badanie cytogenetyczne szpiku lub krwi obwodowej	
	badanie molekularne RT-PCR szpiku lub krwi obwodowej	

03.0000.366.02	Leczenie chorych na pierwotne chłoniaki skórne T – komórkowe
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1200	poradnia dermatologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4200	oddział dermatologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub dermatologii i wenerologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii - w przypadku realizacji programu na oddziale dermatologicznym lub oddziale dermatologicznym z poradnią dermatologiczną lub na oddziale leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	
	RTG	
	EKG	
	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	

03.0000.367.02	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu reumatologii
	HC.1.1 lub HC 1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	program może być realizowany: 1) na oddziale reumatologicznym z poradnią reumatologiczną lub 2) oddziale reumatologicznym dla dzieci z poradnią reumatologiczną dla dzieci, lub 3) na oddziale pediatrycznym o profilu reumatologii z poradnią reumatologiczną dla dzieci - wyłącznie w zakresie leczenia miopatii zapalnych tj. zapalenia skórno-mięśniowego oraz zapalenia wielomięśniowego;
		co najmniej dwa stanowiska intensywnej opieki medycznej – w lokalizacji – wpis w rejestrze: łóżka intensywnej opieki medycznej;
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub reumatologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	REZONANS MAGENTYCZNY (bez i po podaniu kontrastu)	
	EMG	
	badania laboratoryjne: - hematologiczne i biochemiczne, - badania immunologiczne (oznaczenie stężenia immunoglobulin w klasach IgG, IgM i IgA, oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych, oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4), oznaczenie przeciwciał anty-NMDA), - badanie płynu mózgowo-rdzeniowego	
	wzrokowe potencjały wywołane	

03.0000.369.02	Leczenie parykalcytolem wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	1642	ambulatoryjna stacja dializ
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4130	oddział nefrologiczny
	4132	stacja dializ
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	STACJA DIALIZ	TAK
	AMBULATORYJNA STACJA DIALIZ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy w komórce organizacyjnej (oddziale lub poradni, lub stacji dializ) o profilu nefrologicznym	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.370.02	Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1600	poradnia okulistyczna
	4600	oddział okulistyczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu okulistyki
	HC.1.2.	
	23	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	gabinet zabiegowy lub sala operacyjna w lokalizacji oddziału lub gabinet zabiegowy w lokalizacji poradni
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	ostrość wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS - w miejscu	
	OCT (optyczna koherentna tomografia) - w lokalizacji	
	fotografia dna oka - w lokalizacji	
	angiografia fluoresceinowa - zapewnienie dostępu	
	angio-OCT - w lokalizacji	

03.0000.371.02	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1056	poradnia hepatologiczna
	1340	poradnia chorób zakaźnych
	1650	poradnia transplantologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4340	oddział chorób zakaźnych
	4348	oddział obserwacyjno-zakaźny
	4650	oddział transplantologiczny
	4654	oddział transplantacji wątroby
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób zakaźnych lub transplantologii klinicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	elastografia wątroby (wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy kPa)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową i jakościową)	

03.0000.373.02	Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1640	poradnia urologiczna
	4640	oddział urologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	sala endoskopowa - w lokalizacji
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie urologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji	
	badanie urodynamiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, bakteriologiczne)	
wyposażenie w sprzęt - w lokalizacji	USG lub aparat typu bladder scan	
	aparat do badań urodynamicznych	
	cytoskop z oprzyrządowaniem do iniekcji dopęcherzowych	
	aparat do znieczuleń	

03.0000.374.02	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1100	poradnia kardiologiczna
	1272	poradnia chorób płuc
	4100	oddział kardiologiczny
	4272	oddział chorób płuc
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	pracownia hemodynamiczna pozwalająca na wykonanie cewnikowania prawego i lewego serca pod kontrolą RTG
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub kardiologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	MRI	
	TK wysokiej rozdzielności z możliwością wykonania angio-CT	
	echokardiografia dopplerowska	
	arteriografia tętnic płucnych	
	scyntygrafia perfuzyjna płuc	
	badania laboratoryjne (hematologiczne, biochemiczne, ocena układu krzepnięcia, badania serologiczne, troponina, NT-pro-BNP)	

03.0000.375.02	Leczenie aktywnej postaci ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1010	poradnia alergologiczna
	1080	poradnia immunologiczna
	1130	poradnia nefrologiczna
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu reumatologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	67	
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu nefrologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	57	
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu chorób płuc
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	42	
	4010	oddział alergologiczny
	4080	oddział immunologii klinicznej
	4130	oddział nefrologiczny
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4272	oddział chorób płuc
	4280	oddział reumatologiczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub nefrologii, lub chorób wewnętrznych, lub chorób płuc, lub immunologii klinicznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, immunologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	
	RTG	
	USG	
	EKG	

03.0000.376.02	Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1027	poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatria
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatria
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii metabolicznej – dotyczy dzieci
		dostęp do konsultacji dietetycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	USG	
	badania okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej	

03.0000.377.02	Leczenie chorych na chłoniaki CD30+
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1243	poradnia chemioterapii dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4240	oddział onkologiczny
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa lub PET-CT	
	badania histopatologiczne	
	badanie immunohistochemiczne (antygen CD30)	

03.0000.379.02	Leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa lub RTG i USG	
	badania na obecność HBsAg i HBcAb	
	badanie cytomorfologiczne szpiku (antygen CD20)	
	badanie cytometrii przepływowej krwi lub szpiku (antygen CD20)	

03.0000.381.02	Leczenie mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii o profilu hematologii
	HC.1.1.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	trepanobiopsja szpiku	
	badania molekularne (JAK2, CALR,MPL)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.382.02	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	MR	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

03.0000.384.02	Lenalidomid w leczeniu pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie cytomorfologiczne szpiku lub trepanobiopsja	
	badanie cytogenetyczne	

03.0000.385.02	Leczenie pacjentów z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	PET/CT	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.386.02	Leczenie wrodzonych zespołów autozapalnych
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1080	poradnia immunologiczna
	1081	poradnia immunologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	52	
	4080	oddział immunologii klinicznej
	4081	oddział immunologii klinicznej dla dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie immunologii klinicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodoncją lub stomatologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem na oddziale immunologii klinicznej lub immunologii klinicznej dla dzieci, lub w poradni immunologii klinicznej, lub immunologii klinicznej dla dzieci	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, immunologiczne, serologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	USG	
	RTG	
	badanie słuchu	
	badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka)	
	rezonans magnetyczny	
	echo serca	

03.0000.387.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4272	oddział chorób płuc
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc z co najmniej 5-letnią praktyką w diagnostyce i leczeniu chorób śródmiąższowych płuc	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii z doświadczeniem w różnicowaniu śródmiąższowych chorób płuc, z co najmniej 5-letnią praktyką w specjalistycznym ośrodku chorób płuc zajmującym się leczeniem chorób śródmiąższowych płuc - w lokalizacji
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty patomorfologii w przypadku konieczności potwierdzenia rozpoznania za pomocą badania histopatologicznego materiału z biopsji płuc
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości	
	spirometria	
	pojemność dyfuzyjna CO (DLco)	
	ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie biopsji płuca	

03.0000.388.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnkomórkowego skóry wismodegibem
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1200	poradnia dermatologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4200	oddział dermatologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	świadczeniodawca z doświadczeniem w leczeniu raka podstawnkomórkowego skóry: a) co najmniej 20 zabiegów usunięcia zmiany nowotworowej przeprowadzonych w trybie hospitalizacji lub b) wykonanie zabiegów radioterapii związanych z leczeniem raka podstawnkomórkowego skóry u co najmniej 15 pacjentów - w trakcie 12 miesięcy poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej; dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów albo dermatologii i wenerologii - w przypadku, gdy program jest realizowany bez udziału lekarzy takiej specjalizacji.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badanie histopatologiczne	
	fotografia widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala)	

03.0000.389.02	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwysciółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub onkologii klinicznej, lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji specjalisty w dziedzinie neurochirurgii w celu potwierdzenia braku możliwości leczenia chirurgicznego
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	MRI	
	TK	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, serologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania genetyczne (gen TSC1, TSC2)	

03.0000.390.02	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Sekcji Chorób Pozapiramidowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii dotyczącą realizacji przedmiotowego programu lekowego
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurochirurgii, gastroenterologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie układu krzepnięcia)	

03.0000.392.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, koagulogram)	
	tomografia komputerowa lub RTG i USG	
	EKG	
	badania cytogenetyczne i molekularne (delecja 17p lub mutacja w genie TP53)	

03.0000.393.02	Piksantron w leczeniu chorych na chłoniaki złośliwe
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny, lub PET-CT	
	USG	
	RTG	
	EKG, ECHO serca z oceną EF	
	badania histopatologiczne	
	badanie immunohistochemiczne (antygen CD20)	
	badanie cytometrii przepływowej	

03.0000.395.02	Leczenie atypowego zespołu hemolityczno - mocznicowego (aHUS)
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4652	oddział transplantacji nerek
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do dializoterapii i plazmaferezy
	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii dziecięcej lub nefrologii, lub transplantologii klinicznej	
lekarze	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: nefrologii lub nefrologii dziecięcej - w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, chorób płuc lub chorób płuc dzieci, gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej, genetyki klinicznej, immunologii klinicznej
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne pozwalające na określenie funkcji nerek, wątroby, trzustki - wymienione w opisie programu)	
	badanie aktywności ADAMTS13	
	BADANIE STEC (PCR lub hodowla bakteryjna)	
	oznaczenie stężenia haptoglobiny lub liczby schistocytów	
	test Coombsa	
	oznaczenie przeciwciał przeciw czynnikowi H (anty CFH)	
	oznaczenie stężenia białek dopełniacza w surowicy	
	oznaczenie troponin sercowych	
	USG, EKG, echo serca	
	rezonans magnetyczny z angiografią lub tomografia komputerowa	
	badania genetyczne	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie nefrologii lub nefrologii dziecięcej	

03.0000.396.02	Leczenie nocnej napadowej hemoglobininurii (PNH)¹
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1.1. lub H.C.1.2	
	60	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: nefrologii lub nefrologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, chorób płuc lub chorób płuc dla dzieci, gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej, chirurgii ogólnej lub chirurgii dziecięcej, chirurgii naczyniowej, genetyki klinicznej, immunologii klinicznej
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem; biochemiczne pozwalające na określenie funkcji nerek, wątroby, trzustki; koagulologiczne, jonogram - wymienione w opisie programu)	
	badanie cytofluorometrii przepływową pod kątem obecności klonu PNH	
	oznaczenie grupy krwi	
	oznaczenie stężenia haptoglobiny, test Coombsa	
	oznaczenie stężenia białek dopełniacza w surowicy	
	oznaczenie troponin sercowych	
	USG dopplerowskie, EKG, echo serca	
	rezonans magnetyczny z angiografią lub tomografia komputerowa	
	badania genetyczne	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej dotyczącą realizacji przedmiotowego programu lekowego	

¹ - Zakres świadczeń finansowany na podstawie art. 27 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. z 2020 r. poz. 1493)

03.0000.397.02	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, badania oceniające liczbę i stan funkcjonalny płytek krwi, parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita)	
	biopsja aspiracyjna i trepanobiopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie	

03.0000.398.02	Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną małopłytkowość immunologiczną
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny*
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, badania oceniające liczbę i stan funkcjonalny płytek krwi; parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita)	
	biopsja aspiracyjna i trepanobiopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie	
pozostałe	*w przypadku udzielania świadczeń na oddziale pediatrycznym świadczeniodawca musi posiadać pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. Wymóg uzyskania pozytywnej opinii nie dotyczy oddziału pediatrycznego o profilu onkologii i hematologii dziecięcej.	

03.0000.399.02	Leczenie akromegalii
-----------------------	-----------------------------

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	4030	oddział endokrynologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny (przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki)	
	USG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (oznaczenie stężenia: hormonu wzrostu, IGF-1, sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR; ocena czynności nadnerczy i tarczycy, ocena stężenia glukozy, odsetek hemoglobiny glikowanej, AspAT i AlAT)	

03.0000.400.02	Leczenie opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK)	
pozostałe	dla zachowania kompleksowości oraz ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej wymagane jest jednoczesne posiadanie zawartej umowy w zakresie programu lekowego "Leczenie chorych na chłoniaki CD30+"	

03.0000.401.02	Leczenie inhibitorami PCSK-9 pacjentów z zaburzeniami lipidowymi
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1100	poradnia kardiologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4100	oddział kardiologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób wewnętrznych
	HC.1.2.	
	07	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii
	HC.1.2.	
	53	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie kardiologii lub chorób wewnętrznych	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	lipidogram	
	ALAT	
	kinaza kreatynowa	
	stężenie kreatyniny	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii potwierdzającą wystarczające doświadczenie w leczeniu zaburzeń lipidowych	

03.0000.402.02	Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	oddział anestezjologii i intensywnej terapii - w lokalizacji
lekarze	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci - lekarze specjaliści neurologii dziecięcej z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	1) dorośli - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: ortopedii i traumatologii narządu ruchu; gastroenterologii; rehabilitacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii; 2) dzieci - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: ortopedii i traumatologii narządu ruchu; gastroenterologii dziecięcej; rehabilitacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania genetyczne pozwalające na potwierdzenie delekcji lub mutacji genu SMN1 oraz liczby kopii genu SMN2	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi, badanie moczu, test ciążowy);	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej potwierdzającą doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych	

03.0000.403.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	RTG	
	USG	
	tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny	
	badania cytogenetyczne i molekularne (delecja 17p lub mutacja w genie TP53)	
pozostałe	dla zachowania kompleksowości oraz ciągłości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej wymagane jest jednoczesne posiadanie zawartej umowy w zakresie programu lekowego "Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem"	

03.0000.404.02	Leczenie choroby Fabry'ego
-----------------------	-----------------------------------

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1100	poradnia kardiologiczna
	1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4100	oddział kardiologiczny
	4101	oddział kardiologiczny dla dzieci
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670 HC.1.2. 07	oddział leczenia jednego dnia o profilu choroby wewnętrzne
	4671 HC.1.2. 28	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	4671 HC.1.2. 123	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	4670 HC.1.2. 22	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologicznym
	4671 HC.1.2. 58	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologicznym dla dzieci
	4670 HC.1.2. 57	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologicznym
	4671 HC.1.2. 122	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu nefrologicznym dla dzieci
	4670 HC.1.2. 53	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologicznym
	4671 HC.1.2. 54	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu kardiologicznym dla dzieci
	4670 HC.1.2. 44	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologicznym
	4671 HC.1.2. 117	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej

	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub kardiologii, lub nefrologii lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej, lub kardiologii dziecięcej, lub nefrologii dziecięcej lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, nefrologii, neurologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	EKG + EKG metodą Holtera	
	echokardiografia	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi, biochemiczne, enzymatyczne, w tym oznaczenie biomarkera lizo-GL-3*)	
	oznaczenie wskaźnika eGFR	
	badania genetyczne	
uwagi	*oświadczenie świadczeniodawcy dot. zapewnienia wykonania oznaczenia biomarkera lizo-GL-3 u wszystkich pacjentów kwalifikujących się do leczenia w programie - zgodnie z opisem programu lekowego B.104.	

03.0000.405.02	Leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) - część pośrednia, odcinek tylny lub cała błona naczyniowa
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1600	poradnia okulistyczna
	4600	oddział okulistyczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu okulistyki
	HC.1.2.	
	23	
	ODDZIAŁ	
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki z doświadczeniem w prowadzeniu leczenia błony naczyniowej oka potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki	
	łącny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	ostrość wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS - w miejscu	
	OCT (optyczna koherentna tomografia) - w lokalizacji	
	USG gałki ocznej typu B - w lokalizacji	
	MRI, EKG, RTG, badania laboratoryjne wymienione w opisie programu lekowego- zapewnienie dostępu	

03.0000.406.02	Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1056	poradnia hepatologiczna
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1340	poradnia chorób zakaźnych
	1341	poradnia chorób zakaźnych dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4340	oddział chorób zakaźnych
	4341	oddział chorób zakaźnych dla dzieci
	4348	oddział obserwacyjno-zakaźny
	4349	oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4654	oddział transplantacji wątroby
	4655	oddział transplantacji wątroby dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób zakaźnych lub transplantologii klinicznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku HBV)	

03.0000.407.02	Leczenie przewlekłej pokrzywki spontanicznej
----------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatriczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.09	
	4671	
	HC.1.2.09	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu dermatologii i wenerologii
	4670	
	HC.1.2.36	
	4671	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
	HC.1.2.36	
	4670	
	HC.1.2.42	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	4671	
	HC.1.2.42	
	4670	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób płuc
	HC.1.2.07	
	4671	
	HC.1.2.28	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	ODDZIAŁ	
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii, lub dermatologii i wenerologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, TSH, CRP)	

03.0000.408.02	Leczenie agresywnego i objawowego, nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka rdzeniastego tarczycy
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4030	oddział endokrynologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki, w przypadku realizacji świadczeń poza poradnią/oddziałem endokrynologicznym - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.409.02	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
	4000 HC.1.1. lub HC.1.2. 43 lub 44, lub 123	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
organizacja udzielania świadczeń	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub endokrynologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii metabolicznej lub pediatrii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	oznaczenie stężenia karnityny wolnej i całkowitej w surowicy lub suchej kropli krwi na bibule metodą tandemowej spektrometrii mas (tj. MS/MS) - zapewnienie dostępu	

03.0000.410.02	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	oddział anestezjologii i intensywnej terapii - w lokalizacji
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (hematologiczne, biochemiczne, układu krzepnięcia, oznaczanie markerów nowotworowych: NSE, LDH, katecholaminy)	
	tomografia komputerowa, MRI, scyntygrafia z użyciem MIBG, PET-CT	
pozostałe	liczba dzieci z neuroblastoma leczonych przez ośrodek wynosi co najmniej 5 w ostatnich pięciu latach	

03.0000.411.02	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu endokrynologii
	HC.1.1.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1.	
	44	
	4401	oddział pediatriczny o profilu endokrynologii dziecięcej
	HC.1.1.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - okulistyki, neurochirurgii, diabetologii, neurologii lub neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej b) dorośli – okulistyki, neurologii, neurochirurgii, onkologii klinicznej, hematologii, diabetologii, kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	USG serca	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3, kortyzolu, ACTH, TSH, FT4, insuliny)	
	badania genetyczne	
wypożyczenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (wzrostomierz, waga lekarska, centymetr) - w lokalizacji	
	aparat do mierzenia ciśnienia tetniczego krwi - w lokalizacji	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie endokrynologii potwierdzającą doświadczenie w diagnostyce i leczeniu pacjentów z niedoczynnością przysadki	

03.0000.412.02	Leczenie mukowiscydozy
-----------------------	-------------------------------

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1276	poradnia leczenia mukowiscydozy
	1277	poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4401	oddział pediatryczny
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do pielęgniarek/ fizjoterapeutów przeszkolonych w zakresie fizjoterapii chorych na mukowiscydozę
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub chorób płuc dzieci, lub pediatrii posiadający co najmniej 2 letnie doświadczenie w leczeniu chorych na mukowiscydozę	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza z co najmniej 10-letnim doświadczeniem klinicznym w pracy z chorymi na mukowiscydozę
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	spirometria	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badanie bakteriologiczne	

03.0000.413.02	Leczenie pacjentów z chorobami nerek
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji dietetycznej
pielęgniarki	Pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie moczu)	

03.0000.414.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	ECHO serca	
	RTG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie na obecność mutacji FLT3 (wewnątrz tandemowej duplikacji [ITD.] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD])	

03.0000.415.02	Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	ECHO	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie molekularne w kierunku obecności transkryptu (obecność mutacji D816V) w genie KIT	
	badanie immunofenotypowe w kierunku obecności klonalnych komórek tucznych (CD2, CD25, CD117)	

03.0000.416.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka szyjki macicy
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1460	poradnia ginekologii onkologicznej
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4460	oddział ginekologii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu ginekologii onkologicznej
	HC.1.2.	
	49	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub ginekologii onkologicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania histopatologiczne	

03.0000.417.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii onkologicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów - w lokalizacji
	lekarze specjaliści w dziedzinie radioterapii onkologicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu - w lokalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hematologiczne, hormonalne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	
pozostałe	wymagane jest doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na raka z komórek Merkla (co najmniej 5 chorych w okresie 2 lat - dotyczy oferenta)	

03.0000.418.02	Leczenie choroby Cushinga
-----------------------	----------------------------------

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	4030	oddział endokrynologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii
	HC.1.2.	
	44	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny	
	USG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne, hormonalne)	

03.0000.419.02	Leczenie pacjentów z postępującym, miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami, zróżnicowanym (brodawkowatym/pęcherzykowym/oksyfilnym - z komórek Hürthle'a) rakiem tarczycy, opornym na leczenie jodem radioaktywnym
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4030	oddział endokrynologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	w przypadku realizacji świadczeń poza poradnią/oddziałem endokrynologicznym - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	scyntygrafia	
	RTG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	

03.0000.420.02	Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk plamki (DME)
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1600	poradnia okulistyczna
	4600	oddział okulistyczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu okulistyki
	HC.1.2.	
	23	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	gabinet zabiegowy lub sala operacyjna w lokalizacji oddziału lub gabinet zabiegowy w lokalizacji poradni
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji diabetologicznej lub lekarza chorób wewnętrznych
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	ostrość wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS - w miejscu	
	OCT (optyczna koherentna tomografia) - w lokalizacji	
	fotografia dna oka - w lokalizacji	
	angiografia fluoresceinowa - zapewnienie dostępu	
	angio-OCT - w lokalizacji	
pozostałe	Świadczeniodawca posiadający doświadczenie w diagnostyce i leczeniu chorób plamki w ramach grupy JGP B84 – przynajmniej 100 iniekcji w okresie 12 miesięcy poprzedzających ogłoszenie postępowania konkursowego. W przypadku świadczeniodawców zabezpieczających świadczenia opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 powyższy warunek podlega weryfikacji na podstawie okresu 12 miesięcy poprzedzających ogłoszenie postępowania konkursowego, w których świadczeniodawca nie miał obowiązku zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.	

03.0000.421.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie ginekologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	USG, TK, EKG	
	rezonans magnetyczny	
	badania elektrofizjologiczne	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	

03.0000.422.02	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii lub chorób płuc	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii lub chorób płuc lub pediatrii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki i	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, INR, APTT)	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie alergologii	

03.0000.423.02	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	1056	poradnia hepatologiczna
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologicznym
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologicznym
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub gastroenterologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii dziecięcej lub gastroenterologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub gastroenterologii - w przypadku realizacji programu dla dorosłych bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii dziecięcej lub gastroenterologii dziecięcej - w przypadku realizacji programu dla dzieci bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	

03.0000.424.02	Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1200	poradnia dermatologiczna
	4200	oddział dermatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	9	
	1010	poradnia alergologiczna
	4010	oddział alergologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub alergologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	

03.0000.425.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1200	poradnia dermatologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4200	oddział dermatologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	świadczeniodawca z doświadczeniem w leczeniu raka kolczystokomórkowego skóry: a) co najmniej 20 zabiegów usunięcia zmiany nowotworowej przeprowadzonych w trybie hospitalizacji lub b) wykonanie zabiegów radioterapii związanych z leczeniem raka kolczystokomórkowego skóry u co najmniej 15 pacjentów - w trakcie 12 miesięcy poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej; dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów albo dermatologii i wenerologii - w przypadku, gdy program jest realizowany bez udziału lekarzy takiej specjalizacji.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badanie histopatologiczne	
	fotografia widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala)	

03.0000.426.02	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1130	poradnia nefrologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	Pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	

03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	biopsja aspiracyjna szpiku, trepanobiopsja	
	badanie cytogenetyczne	

03.0000.428.02	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	118	
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii lub Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej potwierdzającą doświadczenie w diagnostyce i leczeniu pacjentów z ostrą porfirią wątrobową
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub gastroenterologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na ostrą porfirię wątrobową udokumentowane sprawowaniem opieki medycznej nad chorymi na ostrą porfirię wątrobową
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie porfobilinogenu (PBG) i kwasu delta-aminolewulinowego (ALA) w moczu i osoczu	
	badania genetyczne mutacji w genach związanych z ostrą porfirią wątrobową, tj. HMBS, CPOX, PPOX oraz w genach homozygotycznych lub złożonych genach heterozygotycznych ALAD	

Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

Wykaz programów lekowych

Lp.	KOD	NUMER ZAŁĄCZNIKA Z OBWIESZCZENIA MZ	ROZPOZNANIE KLINICZNE ICD-10	NAZWA PROGRAMU	SUBSTANCJE CZYNNE
1	2	3	4	5	6
1	03.0000.301.02	B.1.	B 18.1	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B	INTERFERON PEGYLOWANY ALFA-2A, , LAMIWUDYNA, ENTEKAWIR, ADEFOWIR, TENOFOWIR
2	03.0000.303.02	B.3.	C 15, C 16, C 17, C 18, C 20, C 48	Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)	IMATYNIB, SUNITYNIB, SORAFENIB
3	03.0000.304.02	B.4.	C 18, C 19, C 20	Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego	BEWACYZUMAB, CETUKSYMAB, PANITUMUMAB, AFLIBERCEPT, TRIFLURYDYNA + TYPIRACYL
4	03.0000.305.02	B.5.	C 22.0	Leczenie raka wątrobowokomórkowego	SORAFENIB, KABOZANTYNIB
5	03.0000.306.02	B.6.	C 34	Leczenie niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca	KRYZOTYNIB, OZYMERTYNIB, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, ATEZOLIZUMAB, AFATYNIB, NINTEDANIB, ALEKTYNIB, CERYTYNIB, BRYGATYNIB, DURWALUMAB, DAKOMITYNIB, LORLATYNIB
6	03.0000.308.02	B.8.	C 48, C 49	Leczenie mięsaków tkanek miękkich	TRABEKTEDYNA, PAZOPANIB, SUNITYNIB
7	03.0000.309.02	B.9.	C 50	Leczenie chorych na raka piersi	TRASTUZUMAB, LAPATYNIB, PERTUZUMAB, PALBOCYKLIB, RYBOCYKLIB, TRASTUZUMAB EMTAZYNA, ABEMACYKLIB
8	03.0000.310.02	B.10.	C 64	Leczenie raka nerki	SUNITYNIB, SORAFENIB, EWEROLIMUS, PAZOPANIB, AKSYTYNIB, TEMSYROLIMUS, KABOZANTYNIB, NIWOLUMAB
9	03.0000.312.02	B.12.	C82.0, C82.1, C82.7	Leczenie chorych na chłoniaki złośliwe ¹	OBINUTUZUMAB
10	03.0000.314.02	B.14.	C 92.1	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową ¹	DASATYNIB, NILOTYNIB, BOSUTYNIB, PONATYNIB
11	03.0000.315.02	B.15	D 66, D 67	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B	Koncentrat czynnika krzepnięcia VIII, Koncentrat czynnika krzepnięcia IX
12	03.0000.317.02	B.17.	D 80, W TYM: D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9, D 81 W CAŁOŚCI, D 82, W TYM: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9,	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	IMMUNOGLOBULINY

			D 83, W TYM: D 83.0, D 83.1, D 83.3, D 83.8, D 83.9, D 89		
13	03.0000.318.02	B.18.	E 22.8, E 30.9	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego	TRIPTORELINA
14	03.0000.319.02	B.19.	E 23	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki	SOMATOTROPINA
15	03.0000.320.02	B.20.	E 34.3	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	MEKASERMINA
16	03.0000.321.02	B.21.	E 72.1	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	BETAINA BEZWODNA
17	03.0000.322.02	B.22.	E 74.0	Leczenie choroby Pompego	ALGLUKOZYDAZA ALFA
18	03.0000.323.02	B.23.	E 75.2	Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III	IMIGLUCERAZA, ELIGLUSTAT, WELAGLUCERAZA ALFA
19	03.0000.324.02	B.24.	E 76.0	Leczenie choroby Hurler	LARONIDAZA
20	03.0000.325.02	B.25.	E 76.1	Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)	IDURSULFAZA
21	03.0000.327.02	B.27.	E 84	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	TOBRAMYCYNA, LEWOFLOKSACYNA
22	03.0000.328.02	B.28.	G 24.3, G 24.4, G 24.5, G 51.3, G 24.8	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
23	03.0000.329.02	B.29.	G 35	Leczenie stwardnienia rozsianego	INTERFERON BETA, OCTAN GLATIRAMERU, FUMARAN DIMETYLU, PEGINTERFERON BETA-1A, TERYFLUNOMID
24	03.0000.330.02	B.30.	G 80	Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
25	03.0000.331.02	B.31.	I 27, I 27.0	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)	ILOPROST, BOSENTAN, TREPROSTINIL, SILDENAFIL, EPOPROSTENOL, MACYTENTAN, RIOCYGUAT, SELEKSYNAG
26	03.0000.332.02	B.32	K 50	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	INFLIKSYMAB, ADALIMUMAB, USTEKINUMAB, WEDOLIZUMAB
27	03.0000.333.02	B.33.	M 05, M 06, M 08	Leczenie aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, RYTUKSYMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, TOCILIZUMAB, TOFACYTYNIB, BARICYTYNIB
28	03.0000.335.02	B.35.	L 40.5, M 07.1, M 07.2, M 07.3	Leczenie aktywnej postaci łuszczycowego zapalenia stawów (LZS)	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB, TOFACYTYNIB, IKSEKIZUMAB
29	03.0000.336.02	B.36.	M 45	Leczenie aktywnej postaci zesztywniającego zapalenia stawów	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB

				kręgosłupa (ZZSK)	
30	03.0000.337.02	B.37.	N 18	Leczenie niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek	EPOETyna ALFA, DARBEPOETyna ALFA,
31	03.0000.338.02	B.38.	N 18	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)	SOMATOTROPINA
32	03.0000.339.02	B.39.	N 25.8	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych	CYNAKALCET
33	03.0000.340.02	B.40.	P 07.2, P 07.3, P 27.1	Profilaktyka zakażeń wirusem RS	PALIWIZUMAB
34	03.0000.341.02	B.41.	Q 87.1	Leczenie zespołu Prader - Willi	SOMATOTROPINA
35	03.0000.342.02	B.42.	Q 96	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)	SOMATOTROPINA
36	03.0000.344.02	B.44.	J 45.0, J 82	Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej oraz ciężkiej astmy eozynofilowej	OMALIZUMAB, MEPOLIZUMAB, BENRALIZUMAB
37	03.0000.346.02	B.46.	G 35	Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego	FINGOLIMOD, NATALIZUMAB, OKRELIZUMAB, KLADRYBINA, ALEMTUZUMAB
38	03.0000.347.02	B.47.	L 40.0	Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej	USTEKINUMAB, ADALIMUMAB, ETANERCEPT, INFLIKSYMAB, IKSEKIZUMAB, SEKUKINUMAB, GUSELKUMAB, RYZANKIZUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, TYLDRAKIZUMAB
39	03.0000.350.02	B.50.	C 48, C 56, C 57	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej	BEWACYZUMAB, OLAPARYB, NIRAPARYB
40	03.0000.352.02	B.52.	C 00, C 01, C 02, C 03, C 04, C 05, C 05.0, C 05.1, C 05.2, C 05.8, C 05.9, C 06, C 07, C 08, C 09, C 09.0, C 09.1, C 09.8, C 09.9, C 10, C 10.0, C 10.1, C 10.2, C 10.3, C 10.4, C 10.8, C 10.9, C 12, C 13, C 13.0, C 13.1, C 13.2, C 13.8,	Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi	CETUKSYMAB, NIWOLUMAB

			C 13.9, C 14, C 32, C 32.0, C 32.1, C 32.2, C 32.3, C32.8, C 32.9		
41	03.0000.353.02	B.53.	C 25.4	Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki	EWEROLIMUS, SUNITYNIB
42	03.0000.354.02	B.54.	C 90.0	Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego¹	LENALIDOMID, POMALIDOMID, DARATUMUMAB, KARFILZOMIB, IKSAZOMIB
43	03.0000.355.02	B.55.	K 51	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	INFLIKSYMAB, WEDOLIZUMAB, TOFACYTYNIB, USTEKINUMAB
44	03.0000.356.02	B.56.	C 61	Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego	OCTAN ABIRATERONU, ENZALUTAMID, DICHLOREK RADU RA-223
45	03.0000.357.02	B.57.	I 61, I 63, I 69	Leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
46	03.0000.358.02	B.58.	C 16	Leczenie zaawansowanego raka żołądka	TRASTUZUMAB
47	03.0000.359.02	B.59.	C 43	Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych	NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, WEMURAFENIB, KOBIMETYNIB, DABRAFENIB, TRAMETYNIB, BINIMETYNIB, ENKORAFENIB, IPILIMUMAB
48	03.0000.361.02	B.61.	E72.0	Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej	CYSTEAMINA
49	03.0000.362.02	B.62.	D 80, w tym: D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D 81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych	IMMUNOGLOBULINY
50	03.0000.364.02	B.64.	R 62.9	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)	SOMATOTROPINA
51	03.0000.365.02	B.65.	C 91.0	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną¹	DASATYNIB, BLINATUMOMAB, PONATYNIB, INOTUZUMAB OZOGAMYCYNIN, TISAGENLECLEUCEL
52	03.0000.366.02	B.66.	C 84	Leczenie chorych na pierwotne chłoniaki skórne T – komórkowe¹	BEKSAROTEN, BRENTUKSYMAB VEDOTIN
53	03.0000.367.02	B.67.	G 61.8, G 62.8, G 63.1, G 70, G 04.8, G 73.1, G 73.2, G 72.4,	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	IMMUNOGLOBULINY

			G 61.0, G 36.0, M 33.0, M 33.1, M 33.2		
54	03.0000.369.02	B.69.	N 25.8	Leczenie parykalcytolem wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych	PARYKALCYTOL
55	03.0000.370.02	B.70.	H 35.3	Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD)	AFLIBERCEPT, RANIBIZUMAB, BROLUCIZUMAB
56	03.0000.371.02	B.71.	B 18.2	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową	LEDIPASWIR + SOFOSBUWIR, , ELBASWIR + GRAZOPREWIR, SOFOSBUWIR + WELPATASWIR, GLECAPREWIR + PIBRENTASWIR, RYBAWIRYNA, SOFOSBUWIR+WELPATASWIR+WOKSYLEPREWIR
57	03.0000.373.02	B.73.	N 31	Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
58	03.0000.374.02	B.74.	I 27, I 27.0 i/lub I 26	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	RIOCYGUAT
59	03.0000.375.02	B.75.	M 31.3, M 31.8	Leczenie aktywnej postaci ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA)	RYTUKSYMAB
60	03.0000.376.02	B.76.	E 70.2	Leczenie tyrozyinemii typu 1 (HT-1)	NITYZYNON
61	03.0000.377.02	B.77.	C 81, C 84.5	Leczenie chorych na chłoniaki CD30+¹	BRENTUKSYMAB VEDOTIN
62	03.0000.379.02	B.79.	C 91.1	Leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem¹	OBINUTUZUMAB
63	03.0000.381.02	B.81	D 47.1	Leczenie mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej¹	RUKSOLITYNIB
64	03.0000.382.02	B.82	M 46.8	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK	CERTOLIZUMAB PEGOL, ETANERCEPT
65	03.0000.384.02	B.84	D 46	Lenalidomid w leczeniu pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q¹	LENALIDOMID
66	03.0000.385.02	B.85	C 25.0, C 25.1,	Leczenie pacjentów z przerzutowym	PAKLITAKSEL Z ALBUMINĄ

			C 25.2, C 25.3, C 25.5, C 25.6, C 25.7, C 25.8, C 25.9	gruczolakorakiem trzustki	
67	03.0000.386.02	B.86	E 85, R 50.9, D 89.8, D 89.9	Leczenie wrodzonych zespołów autozapalnych	ANAKINRA
68	03.0000.387.02	B.87	J 84.1	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc	PIRFENIDON, NINTEDANIB
69	03.0000.388.02	B.88	C 44	Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnomórkowego skóry wismodegibem	WISMODEGIB
70	03.0000.389.02	B.89	Q 85.1	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwysciółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)	EWEROLIMUS
71	03.0000.390.02	B.90	G 20	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	LEWODOPA + KARBIDOPA, APOMORFINA
72	03.0000.392.02	B.92	C 91.1	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem ¹	IBRUTYNIB
73	03.0000.393.02	B.93	C 83, C 85	Piksantron w leczeniu chorych na chłoniaki złośliwe ¹	PIKSANTRON
74	03.0000.395.02	B.95	D 59.3	Leczenie atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS)	EKULIZUMAB
75	03.0000.396.02	B.96	D 59.5	Leczenie nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH) ²	EKULIZUMAB
76	03.0000.397.02	B.97	D 69.3	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM
77	03.0000.398.02	B.98	D 69.3	Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną małopłytkowość immunologiczną	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM
78	03.0000.399.02	B.99	E 22.0	Leczenie akromegalii	PASYREOTYD, PEGWISOMANT
79	03.0000.400.02	B.100	C 81	Leczenie opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu ¹	NIWOLUMAB
80	03.0000.401.02	B.101	E 78.01, I21, I22, I25	Leczenie inhibitorami PCSK-9 pacjentów z zaburzeniami lipidowymi	ALIROKUMAB, EWOLOKUMAB
81	03.0000.402.02	B.102	G 12.0, G 12.1	Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni	NUSINERSEN
82	03.0000.403.02	B.103	C 91.1	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem ¹	WENETOKLAKS
83	03.0000.404.02	B.104	E 75.2	Leczenie choroby Fabry'ego	AGALZYDAZA ALFA, AGALZYDAZA BETA, MIGALASTATUM

84	03.0000.405.02	B.105	H 20.0, H 30.0	Leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) – część pośrednia, odcinek tylny lub cała błona naczyniowa	ADALIMUMAB
85	03.0000.406.02	B.106	B 18.0, B 18.1, B 18.9, B 19.0, B 19.9, C 22.0, C 82, C 83, C 85, C 90.0, C 91, C 92, D 45, D 47, D 75, Z 94	Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV	ENTEKAWIR, TENOFOWIR
86	03.0000.407.02	B.107	L 50.1	Leczenie przewlekłej pokrzywki spontanicznej	OMALIZUMAB
87	03.0000.408.02	B.108	C 73	Leczenie agresywnego i objawowego, nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka rdzeniastego tarczycy	WANDETANIB
88	03.0000.409.02	B.109	E 71.1, E 71.3, E 72.3	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	L-KARNITYNA
89	03.0000.410.02	B.110	C47	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym	DINUTUKSYMAB BETA
90	03.0000.411.02	B.111	E23.0	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie	SOMATOTROPINA
91	03.0000.412.02	B.112	E84	Leczenie mukowiscydozy	IWAKAFTOR
92	03.0000.413.02	B.113	N18	Leczenie pacjentów z chorobami nerek	KETOANALOGI AMINOKWASÓW
93	03.0000.414.02	B.114	C92.0	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową ¹	MIDOSTAURYNA
94	03.0000.415.02	B.115	C96.2, C94.3, D47.9	Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej ¹	MIDOSTAURYNA
95	03.0000.416.02	B.116	C53	Leczenie chorych na zaawansowanego raka szyjki macicy	BEWACYZUMAB
96	03.0000.417.02	B.117	C44	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem	AWELUMAB
97	03.0000.418.02	B.118	E24.0	Leczenie choroby Cushinga	PASYREOTYD
98	03.0000.419.02	B.119	C73	Leczenie pacjentów z postępującym, miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami, zróżnicowanym (brodawkowatym/ pęcherzykowym/oksyfilnym - z komórek Hürthle'a) rakiem tarczycy, opornym na leczenie jodem radioaktywnym	SORAFENIB
99	03.0000.420.02	B.120	H36.0	Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk płamki (DME)	AFLIBERCEPT, BEWACYZUMAB, DEKSAMETAZON, RANIBIZUMAB

100	03.0000.421.02	B.121.	G73.1	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona	AMIFAMPRYDYNA
101	03.0000.422.02	B.122.	D84.1	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	LANADELUMAB
102	03.0000.423.02	B.123.	E83.0	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona	TRIENTYNA
103	03.0000.424.02	B.124.	L20	Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry	DUPILUMAB
104	03.0000.425.02	B.125.	C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9	Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem	CEMPIPLIMAB
105	03.0000.426.02	B.126.	Q61.2	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek	TOLWAPTAN
106	03.0000.427.02	B.127.	D61	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną	ELTROMBOPAG
107	03.0000.428.02	B.128.FM.	E80.2	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat ³	GIWOSYRAN

¹ – program lekowy, do którego ma zastosowanie przepis § 23 ust. 4 zarządzenia.

² – zakres świadczeń finansowany na podstawie art. 27 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. z 2020 r. poz. 1493)

³ – technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24b ustawy o refundacji

Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych

1	2		3		4		5		6		7	8
L P.	program lekowy		produkt rozliczeniowy z katalogu ryczałtów, w odniesieniu do którego współczynnik korygujący może zostać zastosowany		świadczenie z katalogu świadczeń, w odniesieniu do którego współczynnik korygujący może zostać zastosowany		substancja czynna		próg kosztowy rozliczenia substancji czynnej uprawniający do zastosowania współczynnika korygującego		wartość współczynnika korygującego	uwagi
	kod świadczenia	nazwa	kod produktu	nazwa	kod świadczenia	nazwa	kod produktu	nazwa	wartość	jednostka		
1	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	-	-	5.08.09.0000008	bosentanum	0,0936	zł/mg	1,17	1. Współczynnik korygujący może zostać zastosowany w odniesieniu do produktu rozliczeniowego wskazanego w kolumnie 2 lub świadczenia wskazanego w kolumnie 3, rozliczanego w związku z terapią pacjentów, u których stosowana jest substancja czynna, o której mowa w kolumnie 4, spełniająca warunek kosztowy określony w kolumnie 5 w przypadku każdego z podań lub wydań leku danemu pacjentowi w danym okresie.
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			0,0936	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			0,0936	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			0,0936	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			0,0936	zł/mg	1,40	

2	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	-	-	5.08.09.0000066	treprostinil	140,0000	zł/mg	1,17	2. Współczynnik korygujący stosuje się do rozliczenia ułamkowej części wartości produktu, o którym mowa w kolumnie 2, przysługującej za dany okres lub do świadczeń, o których mowa w kolumnie 3, wykonanych i sprawozdanych za dany okres, związanych z podaniem substancji czynnej spełniającej warunek kosztowy.
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			140,0000	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			140,0000	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			140,0000	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			140,0000	zł/mg	1,80	
3	03.0000.339.02	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych	-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu	5.08.09.0000011	cinacalcetum	0,19	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			0,19	zł/mg	1,40	
4	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,7861	zł/mg	1,17	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40	

			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,7861	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40	
5	03.0000.333.02	Leczenie aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.09.0000033	infiximabum	2,7861	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,7861	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40	

6	03.0000.335.02	Leczenie aktywnej postaci łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,7861	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40
7	03.0000.336.02	Leczenie aktywnej postaci zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,7861	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym			2,7861	zł/mg	1,40

						związane z wykonaniem programu						
8	03.0000.347.02	Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej	5.08.08.0000054	Diagnostyka w programie leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,7861	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,7861	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40	
9	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	5.08.08.0000062	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,7861	zł/mg	1,58	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40	

			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,7861	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,7861	zł/mg	1,40	
10	03.0000.333.02	Leczenie aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.09.0000018	etanerceptum	4,2084	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			4,2084	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			4,2084	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,2084	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,2084	zł/mg	1,40	

11	03.0000.335.02	Leczenie aktywnej postaci łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	-	-	5.08.09.0000018	etanerceptum	4,2084	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			4,2084	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,2084	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,2084	zł/mg	1,40
12	03.0000.336.02	Leczenie aktywnej postaci zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000018	etanerceptum	4,2084	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			4,2084	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,2084	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym			4,2084	zł/mg	1,40

						związane z wykonaniem programu						
13	03.0000.347.02	Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej	5.08.08.0000054	Diagnostyka w programie leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej	-	-	5.08.09.0000018	etanerceptum	4,2084	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			4,2084	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			4,2084	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			4,2084	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,2084	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,2084	zł/mg	1,40	
14	03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi	5.08.08.0000015	Diagnostyka w programie leczenia neoadjuwantowego o lub adjuwantowego HER2+ raka piersi	-	-	5.08.09.0000065	trastuzumabum (postać dożylna)	2,2284	zł/mg	1,41	
			5.08.08.0000014	Diagnostyka w programie leczenia przerzutowego HER2+ raka piersi	-	-			2,2284	zł/mg	1,31	

			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,2284	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,2284	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,2284	zł/mg	2,00	
15	03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	5.08.08.0000034	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	-	-	5.08.09.0000061	tobramycynum	0,0472	zł/mg	1,70	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			0,0472	zł/mg	1,40	
16	03.0000.329.02	Leczenie stwardnienia rozsianego	5.08.08.0000036	Diagnostyka w programie leczenia stwardnienia rozsianego	-	-	5.08.09.0000026	glatiramery acetat (moc 40 mg/ml)	1,1412	zł/mg	1,39	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			1,1412	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			1,1412	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			1,1412	zł/mg	1,80	

			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,1412	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,1412	zł/mg	1,80	
17	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	4,0209	zł/mg	1,17	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			4,0209	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40	
18	03.0000.333.02	Leczenie aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	4,0209	zł/mg	2,00	

		idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			4,0209	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40	
19	03.0000.335.02	Leczenie aktywnej postaci łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	4,0209	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem			4,0209	zł/mg	1,40	

						programu					
20	03.0000.336.02	Leczenie aktywnej postaci zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	4,0209	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40
21	03.0000.347.02	Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej	5.08.08.0000054	Diagnostyka w programie leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	4,0209	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			4,0209	zł/mg	1,40

			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,0209	zł/mg	1,40	
22	03.0000.310.02	Leczenie raka nerki	5.08.08.0000016	Diagnostyka w programie leczenia raka nerki	-	-	5.08.09.0000019	everolimus m	10,082	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			10,082	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			10,082	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			10,082	zł/mg	1,40	
23	03.0000.353.02	Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki	5.08.08.0000060	Diagnostyka w programie leczenia wysokozróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki	-	-	5.08.09.0000019	everolimus m	10,082	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			10,082	zł/mg	1,40	

			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			10,082	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			10,082	zł/mg	1,40	
24	03.0000.375.02	Leczenie aktywnej postaci ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA)	5.08.08.0000083	Diagnostyka w programie leczenia aktywnej postaci ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA)	-	-	5.08.09.0000054	rytuksymabum	3,7	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			3,7	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,7	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,7	zł/mg	1,80	
25	03.0000.304.02	Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego	5.08.08.0000114	Diagnostyka w programie leczenia zaawansowanego raka jelita grubego	-	-	5.08.09.0000006	bevacizumabum	4,465	zł/mg	1,20	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			4,465	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			4,465	zł/mg	1,40	

			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,465	zł/mg	1,40
26	03.0000.350.02	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej	5.08.08.0000117	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – bevacizumab (1 i kolejny rok terapii), olaparyb (1 rok terapii)	-	-	5.08.09.0000006	bevacizumab um	4,465	zł/mg	1,16
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			4,465	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			4,465	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			4,465	zł/mg	1,40

Załącznik Nr 6 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

Karta wydania leków

Oznaczenie podmiotu¹⁾

KARTA WYDANIA LEKÓW
Nr...../20.....
DO TERAPII W RAMACH PROGRAMU LEKOWEGO²⁾

.....
PACJENTOWI³⁾

..... PESEL.....

Oświadczenie o odbiorze leku

Oświadczam, że otrzymałam/otrzymałem lek zgodnie z danymi w tabeli poniżej.⁴⁾

Data (dd/mm/rrrr)	substancja czynna (nazwa)	Postać	Dawka	Ilość	Okres na jaki wydano lek [dni]	Data i podpis pacjenta lub osoby posiadającej upoważnienie	Osoba wydająca lek ⁵⁾

¹⁾ Pieczęć lub nadruk, lub naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP, REGON

²⁾ Należy wpisać nazwę programu lekowego

³⁾ Należy wpisać imię i nazwisko pacjenta oraz numer PESEL

⁴⁾ Informacje o leku wprowadza personel medyczny ośrodka prowadzącego leczenie

⁵⁾ Nadruk lub pieczęć, lub naklejka zawierające imię i nazwisko osoby wydającej lek oraz jej podpis

Załącznik Nr 7 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

KARTA WŁĄCZENIA ŚWIADCZENIOBIORCY DO PROGRAMU LEKOWEGO

.....
Oznaczenie podmiotu*

.....
(nazwa programu lekowego)

1. Oświadczenie świadczeniodawcy

Oświadczam, że świadczeniobiorca
(imię i nazwisko)

PESEL: I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I

spełnia kryteria włączenia do ww. programu lekowego.

Leczenie świadczeniobiorcy w programie rozpoczęto/zostanie rozpoczęte od dnia

.....
(nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, nr prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis)

2. Oświadczenie pacjenta

Po zapoznaniu się z opisem ww. programu lekowego oraz z informacjami na temat skuteczności i bezpieczeństwa substancji czynnej:
..... wyrażam zgodę na leczenie w programie lekowym na zasadach określonych w jego opisie.

.....
(miejscowość, data, podpis świadczeniobiorcy)

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

Załącznik Nr 8 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

PEŁNOMOCNICTWO

W związku z zawartą umową z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego, na podstawie art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, z późn. zm.) upoważniam

..... do
przeprowadzenia w imieniu i na rzecz
.....
postępowania o udzielenie wspólnego zamówienia na zakup
w ilości jednostek* oraz udzielenia zamówienia publicznego w tym zakresie.

Niniejsze pełnomocnictwo obejmuje upoważnienie do dokonywania wszelkich czynności w zakresie organizacji i przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, w tym w szczególności do powierzenia przez przygotowania i przeprowadzenia przedmiotowego postępowania innemu podmiotowi.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)

*** wyrażonych np. w mg, j.m. lub innych jednostkach miary**

Załącznik Nr 9 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych oraz weryfikację jego skuteczności

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów; 2) Leczenie aktywnej postaci łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS); 3) Leczenie aktywnej postaci zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK); 4) Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) M 05 reumatoidalne zapalenie stawów (RZS); 2) M 06 seronegatywne reumatoidalne zapalenie stawów; 3) M 08 młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS); 4) M 45 zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa; 5) L 40.5 łuszczyca stawowa; 6) M 07.1 okaleczające zapalenie stawów; 7) M 07.2 łuszczycowa spondyloartropatia; 8) M 07.3 artropatia towarzysząca chorobie Crohna; 9) M 46.8 Inne określone zapalne choroby kręgosłupa
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. leczenia biologicznego w chorobach reumatycznych
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub dermatologii i wenerologii
1.7	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisach programów lekowych wymienionych w pkt 1.2 z zastrzeżeniem możliwości uzyskania indywidualnej zgody Zespołu w określonych przypadkach; 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 - porada lekarska, konsultacja, asysta

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorób ultrazadkowych oraz weryfikację jego skuteczności

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorób ultrazadkowych oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III; 2) Leczenie choroby Hurler; 3) Leczenie choroby Pompego; 4) Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera); 5) Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii; 6) Leczenie tyrozynemii typu 1; 7) Leczenie wrodzonych zespołów autozapalnych; 8) Leczenie choroby Fabry'ego; 9) Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych; 10) Leczenie chorych na wczesnodziecięcą postać cystynozy nefropatycznej; 11) Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu; 12) Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) E 74.0 – Choroba spichrzeniowa glikogenu, choroba Pompego; 2) E 75 – Zaburzenia przemian sfingolipidów i inne zaburzenia spichrzenia lipidów; 3) E 76.0 – Mukopolisacharydoza typu I, choroba Hurlera; 4) E 76.1 – Mukopolisacharydoza typu II, zespół Huntera; 5) E 72.1 – Zaburzenia przemian aminokwasów zawierających siarkę; 6) E 75.2 – Inne sfingolipidozy, choroba Fabry'ego; 7) E 70.2 – Zaburzenia przemian tyrozyny; 8) E 85 – Amyloidoza, skrobiawica; 9) R 50.9 – Gorączka, nie określona; 10) D 89.8 – Inne określone zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych, niesklasyfikowane gdzie indziej; 11) D 89.9 – Zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów, nie określone; 12) E 71.1 – Inne zaburzenia przemian aminokwasów o rozgałęzionych łańcuchach; 13) E 71.3 – Zaburzenia przemian kwasów tłuszczowych; 14) E 72.3 – Zaburzenia przemian lizyny i hydroksylizyny; 15) E 72.0 – Zaburzenia transportu aminokwasów; 16) D 84.1 – Zaburzenia układu dopełniacza 17) G 73.1 – Zespół Eatona-Lamberta
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultrazadkowych
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii, lub neurologii dziecięcej, lub chorób wewnętrznych, lub immunologii klinicznej, lub alergologii, lub endokrynologii, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub kardiologii, lub kardiologii dziecięcej, lub nefrologii lub nefrologii dziecięcej
1.7	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisach programów wymienionych w pkt 1.2; 2) 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 dla kwalifikacji oraz monitorowania leczenia pacjenta, zgodnie z opisami programów, przez Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultrarzadkich.

I A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY POMPEGO

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|--------------------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w SMPT _____ |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____
40. Obwód głowy (cm) _____ 41. centyl *) _____ 42. Data pomiaru _____
43. Obwód klatki piersiowej (cm) _____ 44. centyl *) _____ 45. Data pomiaru _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C Wywiad:

46. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

47. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 48. Długość ciała (cm) _____ 49. Obwód głowy (cm) _____
50. Który poród _____ 51. Która ciąża _____ 52. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2), *)}
53. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____ gdy N proszę wypełnić następny punkt
54. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

55. Fizjologiczny, siłami natury _____ 56. Pośladowy _____ 57. Cięcie cesarskie _____ 58. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

59. Samoistna _____ 60. Wspomagana _____ (jeśli T — zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
61. Uraz porodowy _____ 62. Niedotlenienie i resuscytacja _____
63. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
64. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

67. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące wad rozwojowych i innych chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

69. Data badania: _____
70. Ciśnienie tętnicze krwi: _____ mmHg
71. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

72. Stężenie alfa-glukozydazy (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) _____ (zakres normy _____),

73. Data badania _____

74. ocena miana CRIM* (klasyczna postać choroby) _____ (zakres normy _____),

75. Data badania _____

* zgodnie z opisem programu – wynik nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz rejestrze SMPT niezwłocznie po jego uzyskaniu

F. Wynik badania genetycznego: (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

76. Data badania _____

77. Numer badania podany przez pracownię _____

78. Metoda badania _____

79. Wynik badania _____

80. Pracownia wykonująca badanie _____

G. Badania obrazowe:

USG serca (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

81. Data badania _____

82. Opis _____

RTG kręgosłupa odcinek piersiowy i lędźwiowy (nieklasyczna postać choroby)

83. Data badania _____

84. Opis _____

USG jamy brzusznej z oceną wątroby i śledziony (*klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby*)

85. Data badania _____

86. Opis _____

RTG klatki piersiowej (*klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby*)

87. Data badania _____

88. Opis _____

H. Inne badania dodatkowe

EKG (*klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby*)

89. Data badania _____

90. Opis _____

Audiogram (*nieklasyczna postać choroby*)

91. Data badania _____

92. Opis _____

Badanie spirometryczne (nieklasyczna postać choroby)

93. Data badania _____

94. Opis _____

95. Wynik testu 3/6 min. marszu (nieklasyczna postać choroby) _____ data badania _____

96. Opis _____

Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

97. morfologia krwi, z rozmazem (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

próby wątrobowe:

98. AspAT (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

99. ALAT(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

100. CK (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

101. CK-MB (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

102. GGTP (nieklasyczna postać choroby) data badania _____

103. gazometria (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

104. układ krzepnięcia (INR, APTT) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) data badania _____

105. ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel (nieklasyczna postać choroby) data badania _____

I. Inne badania i konsultacje

106. konsultacja kardiologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

107. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

108. konsultacja laryngologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)
(nieklasyczna postać choroby)

109. konsultacja ortopedyczna z oceną statyki kręgosłupa (data konsultacji, szczegółowy opis)
(nieklasyczna postać choroby)

110. konsultacja psychologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)
(nieklasyczna postać choroby)

111. konsultacja okulistyczna (data konsultacji, szczegółowy opis)
(nieklasyczna postać choroby)

112. konsultacja pulmonologiczna, szczególnie w kierunku wydolności układu oddechowego i występowania nocnych bezdechów
(data konsultacji, szczegółowy opis)
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

113. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

114. Imię _____

115. Nazwisko _____

*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*

UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężeń alfa-glukozydazy oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

**Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu
Zespołu Koordynacyjnego ds. chorób ultrarzadkich**

I B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHOROBY POMPEGO

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____ nr pacjenta w SMPT _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość iniekcji			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie i z jakiego powodu)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Obwód głowy [cm]			
23. Obwód klatki piersiowej [cm]			
24. Ciśnienie tętnicze krwi [mmHg]			

Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie obserwacji (do wykonania co najmniej raz na 180 dni/co 365 dni)

miesiące obserwacji	180 dni	365 dni
25. Morfologia krwi, z rozmazem (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
26. Układ krzepnięcia (raz na 180 dni)		
Próby wątrobowe:		
27. — AspAT (co 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
28. — ALAT (co 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
29. — CK (co 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
30. — CK-MB (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
31. — saturacja krwi (co 180 dni) (nieklasyczna postać choroby)		
32. — gazometria (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
33. — układ krzepnięcia (INR, APTT) (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby)		
34. USG jamy brzusznej (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby)		
35. EKG (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)		
36. Spirometria (raz na 180 dni) (nieklasyczna postać choroby)		
37. RTG klatki piersiowej (raz na 180 dni) (klasyczna postać choroby)		
38. Test 3/6 minutowego marszu (raz na 180 dni) (nieklasyczna postać choroby)		
39. Inne badania (jakie i kiedy wykonane)		

Wyniki innych badań i konsultacji:

40. Wynik i data USG serca (raz na 180 dni) _____
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

41. Wynik i data konsultacji neurologicznej* (raz na 180 dni) _____
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)

* dla postaci nieklasycznej konsultacja z oceną siły mięśniowej za pomocą dynamometru

42. Wynik i data badania konsultacji pulmonologicznej (z podaniem wyniku spirometrii i z oceną wydolności układu oddechowego oraz oceną częstości występowania nocnych bezdechów) (raz na 180 dni) _____
(klasyczna postać choroby)

43. Badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa (co 365 dni — w uzasadnionych przypadkach, badanie zalecane przez Zespół Koordynacyjny) _____
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)
44. RTG klatki piersiowej (raz na 365 dni) _____
(nieklasyczna postać choroby)
45. Wynik i data konsultacji ortopedycznej (opcjonalnie TRG odcinka piersiowego lub lędźwiowego kręgosłupa) (raz na 365 dni)
(nieklasyczna postać choroby)
46. Ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel (raz na 365 dni) _____
(nieklasyczna postać choroby)
47. Wynik i data konsultacji laryngologicznej/Wynik i data badania audiometrycznego (raz na 365 dni) _____
(nieklasyczna postać choroby)
48. Wynik i data konsultacji pulmonologicznej (co 365 dni) _____
(nieklasyczna postać choroby)
49. Wynik i data konsultacji kardiologicznej (co 180 dni) _____
(klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby)
50. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

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

Data _____

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

I C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY POMPEGO

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 alglukozydazą alfa 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).

II A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosek należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|--------------------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w SMPT _____ |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____
40. Obwód głowy (cm) _____ 41. centyl *) _____ 42. Data pomiaru _____
43. Obwód klatki piersiowej (cm) _____ 44. centyl *) _____ 45. Data pomiaru _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C Wywiad:

46. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

47. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 48. Długość ciała (cm) _____ 49. Obwód głowy (cm) _____
50. Który poród _____ 51. Która ciąża _____ 52. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2)} *)
53. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy N proszę wypełnić następny punkt
54. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

55. Fizjologiczny, siłami natury _____ 56. Pośladowy _____ 57. Cięcie cesarskie _____ 58. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

59. Samoistna _____ 60. Wspomagana _____ (jeśli T — zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
61. Uraz porodowy _____ 62. Niedotlenienie i resuscytacja _____
63. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
64. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

67. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

69. Data badania: _____
70. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

71. Stężenie β -glukocerebrozydazy _____ (zakres normy _____),
72. Data badania _____
73. Poziom przeciwciał przeciwko imiglucerazie* _____ (zakres normy _____),
74. Data badania _____
- * badanie konieczne przy decyzji o zwiększeniu dawki leku
75. Oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6** _____
76. Data badania _____

**** wyłącznie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem**

F. Wynik badania genetycznego:

77. Data badania _____ 78. Numer badania podany przez pracownię _____
79. Metoda badania _____
80. Wynik badania _____
- _____
- _____
81. Pracownia wykonująca badanie _____
- _____

G. Badania obrazowe:

USG układu sercowo-naczyniowego (w uzasadnionych przypadkach)

82. Data badania _____
83. Opis _____
- _____
- _____
- _____
- _____

MRI kości długich (badanie obowiązkowe jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych)

84. Data badania _____
85. Opis _____
- _____
- _____
- _____
- _____

USG jamy brzusznej, z określeniem objętości śledziony i wątroby

86. Data badania _____
87. Opis _____
- _____
- _____
- _____
- _____

RTG płuc

88. Data badania _____

89. Opis _____

H. Inne badania dodatkowe

EKG*

90. Data badania _____

91. Opis _____

* w przypadku kwalifikacji do terapii eliglustatem EKG z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc)

EEG (w uzasadnionych przypadkach)

92. Data badania _____

93. Opis _____

Ocena jakości życia SF36 lub określona inną metodą

94. Data badania _____

95. Opis _____

96. Rodzaj zastosowanej metody _____

Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

97. Morfologia krwi pełna, z rozmazem data badania _____

Próby wątrobowe:

98. AspAT data badania _____

99. ALAT data badania _____

Stężenie witamin:

100. vit. D, vit B12, E data badania _____

101. Chitotriozydaza data badania _____

102. Układ krzepnięcia (APTT, INR) data badania _____

103. Aktywność fosfatazy alkalicznej

data badania _____

104. Badanie densytometryczne kości (DEXA)

data badania _____

I. Inne badania i konsultacje

105. konsultacja kardiologiczna w uzasadnionych przypadkach (data konsultacji, szczegółowy opis)

106. konsultacja neurologiczna (u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby) (data konsultacji, szczegółowy opis)

107. konsultacja ortopedyczna - w uzasadnionych przypadkach (data konsultacji, szczegółowy opis)

108. Spirometria u pacjentów > 7 roku życia (data konsultacji, szczegółowy opis)

109.okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

110. Imię _____ 111. Nazwisko _____

*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*

UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężeń β -glukocerebrozydazy oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

II B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHOROBY GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____ nr pacjenta w SMPT _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość iniekcji/podań			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Obwód głowy [cm]			
23. Obwód klatki piersiowej [cm]			

(a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie 6 mies./12 mies. Obserwacji (do wykonania co najmniej raz na 180 dni/ co 365 dni.)

miesiące obserwacji	180	365
24. Morfologia krwi pełna, z rozmazem (co 180 dni) _____		
25. Chitotriozydaza (co 365 dni) _____		
26. EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem) (co 365 dni) _____		
27. Inne badania (jakie i kiedy wykonano) _____		
28. Ocena miana przeciwciał przeciwko welaglucerazie alfa – nie jest obligatoryjne (co 180 dni)* _____		

* decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych

(b) Wyniki innych badań i konsultacji:

29. Wynik i data konsultacji kardiologicznej (co 365 dni) (w uzasadnionych przypadkach) _____

30. Wynik i data MRI kości długich (co 365 dni) (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych) _____

31. Wynik i data konsultacji ortopedycznej w uzasadnionych przypadkach (co 365 dni) _____

32. Spirometria u pacjentów > 7 roku życia w uzasadnionych przypadkach (co 365 dni) _____

33. Wynik i data USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony (raz na 365 dni) _____

34. USG układu sercowo-naczyniowego w uzasadnionych przypadkach w przypadku nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym (co 365 dni) _____

35. RTG płuc _____

36. Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie)

37. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

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

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

II C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III

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 *imiglucerazą/welaglucerazą alfa/eliglustatem** 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).

* niepotrzebne skreślić

III A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY HURLER

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przelać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|--------------------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w SMPT _____ |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____
40. Obwód głowy (cm) _____ 41. centyl *) _____ 42. Data pomiaru _____
43. Obwód klatki piersiowej (cm) _____ 44. centyl *) _____ 45. Data pomiaru _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C Wywiad:

46. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

47. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 48. Długość ciała (cm) _____ 49. Obwód głowy (cm) _____
50. Który poród _____ 51. Która ciąża _____ 52. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2) *)}
53. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N),
54. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____
gdy N proszę wypełnić następny punkt

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

55. Fizjologiczny, siłami natury 56. Poślądkowy _____ 57. Cięcie cesarskie _____ 58. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

59. Samoistna _____ 60. Wspomagana _____ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
61. Uraz porodowy _____ 62. Niedotlenienie i resuscytacja _____
63. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
64. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

67. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

69. Data badania: _____
70. Ciśnienie tętnicze krwi: _____ mmHg
71. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

72. Stężenie α -L-iduronidazy _____ (zakres normy _____),
73. Data badania _____
74. Ilość wydalanych mukopolisacharydów (glikozaminoglikanów) z moczem mg/g kreatyniny (zakres normy _____),
75. poziom przeciwciał przeciwko α -L-iduronidazie* _____ (zakres normy _____),
76. Data badania _____
* badanie nieobligatoryjne

F. Wynik badania genetycznego:

77. Data badania _____ 78. Numer badania podany przez pracownię _____
79. Metoda badania _____
80. Wynik badania _____

81. Pracownia wykonująca badanie _____

G. Badania obrazowe:

USG układu sercowo-naczyniowego

82. Data badania _____
83. Opis _____

RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa

84. Data badania _____
85. Opis _____

MRI ośrodkowego układu nerwowego, z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa

86. Data badania _____

87. Opis _____

USG jamy brzusznej, ze szczególnym uwzględnieniem śledziony i wątroby

88. Data badania _____

89. Opis _____

H. Inne badania dodatkowe

EKG

90. Data badania _____

91. Opis _____

EMG (ukierunkowany przede wszystkim na występowanie zespołu cieśni nadgarstka)

92. Data badania _____

93. Opis _____

Audiogram

94. Data badania _____

95. Opis _____

Wynik testu 3/6 min. marszu

96. Data badania _____

97. Opis _____

Badanie spirometryczne układu oddechowego

98. Data badania _____

99. Opis _____

Badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej

100. Data badania _____

101. Opis _____

Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

102. morfologia krwi, z rozmazem data badania _____

Próby wątrobowe:

103. AspAT

data badania _____

104. ALAT

data badania _____

105. wyniki oceny równowagi kwasowo-zasadowej

data badania _____

Stężenie witamin:

106. vit. D

data badania _____

107. vit. E

data badania _____

108. Stężenie fosfatazy alkalicznej

data badania _____

I. Inne badania i konsultacje

109. Konsultacja kardiologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

110. Konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

111. Konsultacja laryngologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

112. Konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów (data konsultacji, szczegółowy opis)

113. Konsultacja psychologiczna, z oceną ilorazu inteligencji (data konsultacji, szczegółowy opis)

114. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

115. Imię _____

116. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężeń α -L-iduronidazy oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

III B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHOROBY HURLER

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____ nr pacjenta w SMPT _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość iniekcji			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Obwód głowy [cm]			
23. Obwód klatki piersiowej [cm]			
24. Ciśnienie tętnicze krwi [mmHg]			

(a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie 6 mies./12 mies. obserwacji (do wykonania co najmniej co 6 mies./12 mies.)

miesiące obserwacji	180	365
25. Morfologia krwi, z rozmazem (co 180 dni)		
Próby wątrobowe:		
26. — AspAT (co 180 dni)		
27. — ALAT (co 180 dni)		
28. USG jamy brzusznej z oceną objętości wątroby i śledziony (co 365 dni)		
29. EKG (co 365 dni)		
30. USG serca		
31. Wydalanie mukopolisacharydów z moczem**		
32. Stężenie fosfatazy alkalicznej (co 180 dni)		
33. Test 3/6 min. marszu (co 180 dni)		
34. Inne badania (jakie i kiedy wykonane)		

** po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii a następnie co 365 dni

Wyniki innych badań i konsultacji:

Stężenie witamin (co 12 mies.)

35. D _____ 36. E _____

37. Wynik i data konsultacji ortopedycznej, z oceną ruchomości stawów (co 365 dni) _____

38. Wynik i data konsultacji kardiologicznej (co 365 dni) _____

39. Wynik i data konsultacji neurologicznej (co 365 dni) _____

40. Wynik i data badania spirometrycznego układu oddechowego (z podaniem wyniku spirometrii) (co 365 dni) _____

41. Wynik i data MRI OUN, z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa (co 365 dni) (w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych) _____

42. RTG kośćca/ RTG kręgosłupa (co 365 dni) _____

43. Wynik i data badania EMG, w kierunku występowania zespołu cieśni nadgarstka (co 365 dni, w uzasadnionych przypadkach) _____

44. Wynik i data badania audiometrycznego (co 365 dni) _____

45. Wynik i data konsultacji okulistycznej, z oceną w lampie szczelinowej (co 365 dni) _____

46. Wynik i data konsultacji psychologicznej, z oceną ilorazu inteligencji (co 365 dni) _____

47. Konsultacja laryngologiczna (co 365 dni) _____

48. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

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

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

III C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY HURLER

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 laronidazą 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).

**IV A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA
W PROGRAMIE LECZENIE MUKOPOLISACHARYDOZY TYPU II
(ZESPÓŁ HUNTERA)**

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|---|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ nr pacjenta w SMPT _____ | |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____
40. Obwód głowy (cm) _____ 41. centyl *) _____ 42. Data pomiaru _____
43. Obwód klatki piersiowej (cm) _____ 44. centyl *) _____ 45. Data pomiaru _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C Wywiad:

46. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

47. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 48. Długość ciała (cm) _____ 49. Obwód głowy (cm) _____
50. Który poród _____ 51. Która ciąża _____ 52. Czas trwania ciąży w tyg. _____^{1),2),*)}
53. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy N proszę wypełnić następny punkt
54. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

* 1) ocena pewna, 2) ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

55. Fizjologiczny, siłami natury _____ 56. Pośladowy _____ 57. Cięcie cesarskie _____ 58. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

59. Samoistna _____ 60. Wspomagana _____ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
61. Uraz porodowy _____ 62. Niedotlenienie i resuscytacja _____
63. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
64. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

Leczenie:

66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

67. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące wad rozwojowych i innych chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

69. Data badania: _____

70. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

71. Stężenie sulfatazy iduronianu _____ (zakres normy _____),
72. Data badania _____
73. Ilość wydalanych mukopolisacharydów z moczem _____ mg/g kreatyniny (zakres normy _____),
74. Poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu* _____ (zakres normy _____),
75. Data badania _____
* badanie nie jest obligatoryjne

F. Wynik badania genetycznego¹:

76. Data badania _____ 77. Numer badania podany przez pracownię _____
78. Metoda badania _____
79. Wynik badania _____

80. Pracownia wykonująca badanie _____

G. Badania obrazowe:

EKG

81. Data badania _____
82. Opis _____

RTG kręgosłupa

83. Data badania _____
84. Opis _____

MRI ośrodkowego układu nerwowego, z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa

85. Data badania _____

¹ Badanie nie jest ujęte w opisie programu (badanie nie jest obligatoryjne)

86. Opis _____

USG jamy brzusznej, ze szczególnym uwzględnieniem śledziony i wątroby

87. Data badania _____
88. Opis _____

RTG klatki piersiowej

89. Data badania _____
90. Opis _____

H. Inne badania dodatkowe

EMG (ukierunkowany przede wszystkim na występowanie zespołu cieśni nadgarstka)

91. Data badania _____
92. Opis _____

Audiogram

93. Data badania _____

94. Opis _____

Badanie spirometryczne

95. Data badania _____

96. Opis _____

Wynik testu 3/6 min. marszu

97. Data badania _____

98. Opis _____

Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

99. morfologia krwi, z rozmazem data badania _____

100. układ krzepnięcia data badania _____

101. proteinogram data badania _____

próby wątrobowe:

102. AspAT

data badania _____

103. ALAT

data badania _____

104. CK

data badania _____

105. stężenie bilirubiny całkowitej

data badania _____

106. stężenie cholesterolu całkowitego

data badania _____

stężenie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach:

107. vit. D

data badania _____

108. vit. K

data badania _____

109. EEG

data badania _____

110. Echokardiografia

data badania _____

111. Gazometria

data badania _____

112. Test SF36

data badania _____

I. Inne badania i konsultacje

113. Konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów (data konsultacji, szczegółowy opis)

114. Konsultacja psychologiczna, z oceną ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci (data konsultacji, szczegółowy opis)

115. Konsultacja okulistyczna, (data konsultacji, szczegółowy opis)

116. Badanie narządu ruchu i funkcji motorycznych (data konsultacji, szczegółowy opis)

117. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

118. Imię _____

119. Nazwisko _____

*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*

UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężeń siarczanu iduronianu oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

IV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE MUKOPOLISACHARYDOZY TYPU II

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____ nr pacjenta w SMPT _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

13. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
14. Dawka leku [mg/kg]			
15. Dawka podanego leku [mg]			
16. Częstość iniekcji			
17. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
18. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
19. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
20. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
21. Wysokość ciała [cm]			
22. Masa ciała [kg]			

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
23. Obwód głowy [cm]			
24. Obwód klatki piersiowej [cm]			

(a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie 6 mies./12 mies. obserwacji (do wykonania co najmniej co 6 mies./12 mies.)

miesiące obserwacji	180	365
25. Morfologia krwi, z rozmazem (co 180 dni)		
26. Układ krzepnięcia (co 180 dni)		
27. Gazometria (co 180 dni)		
Próby wątrobowe:		
28. — CK (co 180 dni)		
29. — AspAT (co 180 dni)		
30. — ALAT (co 180 dni)		
31. — stężenie bilirubiny całkowitej (co 180 dni)		
32. USG jamy brzusznej (co 180 dni)		
33. EKG (co 180 dni)		
34. Echokardiografia (co 180 dni)		
35. Wydalanie mukopolisacharydów z moczem (co 180 dni)		
36. Wynik testu 3/6 min. marszu (co 180 dni)		
37. Test SF 36		
38. Poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (nie jest obligatoryjne, co 180 dni)		
39. Cholesterol (co 365 dni)		
40. Inne badania (jakie i kiedy wykonane)		

(b) Wyniki innych badań i konsultacji:

Stężenie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (co 365 dni)

41. D _____ 42. K _____

43. Wynik i data konsultacji ortopedycznej (co 180 dni) _____

44. Wynik i data badania wydolności układu oddechowego (z podaniem wyniku spirometrii) (co 180 dni) _____

45. Wynik i data MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa (w uzasadnionych przypadkach, przede wszystkim w przypadku wodogłowia, co 365 dni) _____

46. RTG kręgosłupa (co 365 dni) _____

47. Wynik i data badania EMG w kierunku występowania zespołu cieśni nadgarstka (co 365 dni) _____

48. Wynik i data badania audiometrycznego (co 365 dni) _____

49. Wynik i data konsultacji okulistycznej z oceną dna oka (co 365 dni) _____

50. Wynik i data konsultacji psychologicznej, z oceną ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci (co 180 dni) _____

51. RTG klatki piersiowej (co 365 dni) _____

52. Badanie narządu ruchu i funkcji motorycznych _____

53. EEG (co 180 dni) _____

54. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

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

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

IV C. Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie Leczenie Mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)

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 preparatem Elaprase 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).

**V A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA Z
UŻYCIEM BETAINY W PROGRAMIE „LECZENIE CIĘŻKICH, WRODZONYCH
HIPERHOMOCYSTEINEMII”**

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

**o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie „Leczenie ciężkich, wrodzonych
hiperhomocysteinemii”
preparatem betaina**

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na
wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)*

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|--------------------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w SMPT _____ |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl ^{*)} _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl ^{*)} _____ 39. Data pomiaru _____
40. Obwód głowy (cm) _____ 41. centyl ^{*)} _____ 42. Data pomiaru _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do aktualnych siatek centylowych, obecnie wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C Wywiad:

43. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 44. Długość ciała (cm) _____ 45. Obwód głowy (cm) _____
46. Który poród _____ 47. Która ciąża _____ 48. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2) *)}
49. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), _____
gdy N proszę opisać nieprawidłowości _____

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Cięcie cesarskie _____

Akcja porodowa (T/N):

52. Ocena wg skali Apgar: w 1 min _____ w 5 min _____
53. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

54. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis _____

Czy było podwichnięcie soczewki (Tak/Nie): _____

Czy pacjent miał wykonaną lensektomię jeżeli tak to kiedy: _____

55. Czy pacjent był leczony betainą (Tak/Nie) — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

56. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)
- _____
- _____
- _____
57. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____
- _____
- _____

D. Stan przedmiotowy:

58. Data badania: _____
59. Ciśnienie tętnicze krwi: _____ mmHg
60. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____
- _____
- _____
- _____
- _____

E. Badania dodatkowe:

61. Poziom homocysteiny całkowitej we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)
62. Poziom metioniny we krwi (aminoacydogram — opis) _____ (zakres normy _____ Data badania _____)
- _____

Morfologia krwi:

63. Hematokryt _____ (zakres normy _____ Data badania _____)
64. Hemoglobina _____ (zakres normy _____ Data badania _____)
65. Liczba erytrocytów _____ (zakres normy _____ Data badania _____)
66. Liczba leukocytów _____ (zakres normy _____ Data badania _____)
67. Rozmaz (opis) _____
- _____
- _____

68. Liczba płytek krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)
69. Stężenie witaminy B12 we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)
70. Stężenie kwasu foliowego we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)
71. Profil kwasów organicznych moczu (metodą GC/MS) z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego (opis) _____
- _____
72. Profil acylokarnityn (stężenie C5-karnityny w suchej kropli) _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

krwi — metodą MS/MS)

73. Stężenie vit. 25 OH D₃ _____ (zakres normy _____ Data badania _____)
74. Stężenie Ca całkow. we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)
75. Stężenie fosforanów we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)
76. Stężenie fosfatazy alkalicznej we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____)

Test obciążenia witaminą B6 24 godziny po podaniu:

- 100 mg witaminy B6 77. Homocysteina we krwi _____ 78. Metionina (osocze/surowica) _____
- 200 mg witaminy B6 79. Homocysteina we krwi _____ 80. Metionina (osocze/surowica) _____
- 500 mg witaminy B6 (300 mg 81. Homocysteina we krwi _____ 82. Metionina (osocze/surowica) _____
u dzieci <3 roku życia)

Uwaga! W celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych wskazane jest wykonanie powyższych badań w jednym czasie (ta sama data pobrania).

F. Badania enzymatyczne i komplementarności (w uzasadnionych przypadkach)

83. Data badania _____ 84. Numer badania podany przez pracownię _____
85. Metoda badania _____
86. Wynik badania _____
- _____
- _____
87. Pracownia wykonująca badanie _____
- _____

G. Wynik badania genetycznego (w uzasadnionych przypadkach)

88. Data badania _____ 89. Numer badania podany przez pracownię _____
90. Metoda badania _____
91. Wynik badania _____
- _____
- _____
92. Pracownia wykonująca badanie _____
- _____

H. Badania obrazowe:

MRI ośrodkowego układu nerwowego

93. Data badania _____

94. Opis _____

Badanie densytometryczne kości (u pacjentów powyżej 5 roku życia)

95. Data badania _____

96. Opis _____

I. Inne badania i konsultacje

97. Konsultacja psychologiczna, z oceną ilorazu inteligencji (data konsultacji, szczegółowy opis)

98. Konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej — jeżeli pacjent nie przebył lensektomii (data konsultacji, szczegółowy opis)

99. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

100. Wynik i data konsultacji dietetycznej. _____

Dieta z ograniczeniem białka (Tak/Nie) _____

Jeżeli była stosowana to proszę podać dobowe spożycie białka _____ g / kg m.c. / d

Opis konsultacji: _____

101. inne badania i konsultacje (rodzaj, data konsultacji, szczegółowy opis)

102. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku (opis)

103. Imię i nazwisko lekarza wypełniającego wniosek _____

*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*

**V B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU
„LECZENIE CIĘŻKICH, WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII”**

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

Karta obserwacji

**pacjenta leczonego betainą w ramach programu „Leczenie ciężkich, wrodzonych
hiperhomocysteinemii”**

*(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu
Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)*

1. Imię _____ 2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____ 5. Nr historii choroby _____ nr pacjenta w SMPT _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____ 10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku), czy były przerwy w podawaniu leku — opis _____

12. Wynik badania przedmiotowego (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies.
obserwacji)
data badania _____ opis: _____

13. Czy w okresie 6 mies. obserwacji występowały inne choroby? (T / N) _____
Jeżeli tak to proszę szczegółowo je opisać, z podaniem zastosowanego leczenia (rodzaj leku, dawka)

miesiące obserwacji	Przed wprowadzeniem leczenia	W okresie 6 mies. obserwacji	W okresie poprzedniej 6 mies. obserwacji
14. Dawka leku [mg/kg]	—		
15. Dawka sumaryczna podanego leku [mg]	—		
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)	—		
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)	—		
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Obwód głowy [cm]			
23. Ciśnienie tętnicze krwi [mmHg]			

(a) Badania dodatkowe wykonane w okresie 6 mies. obserwacji

Miesiące obserwacji	Przed wprowadzeniem leczenia	W okresie 6 mies. obserwacji	W okresie poprzedniej 6 mies. obserwacji
24. Stężenie homocysteiny całkowitej we krwi			
25. Stężenie metioniny we krwi (aminoacydogram)			
Morfologia krwi:			
26. Hematokryt			
27. Hemoglobina			
28. Liczba erytrocytów			
29. Liczba leukocytów			
30. Rozmaz (opis) _____ _____			
31. Liczba płytek krwi			
32. Stężenie witaminy B12 we krwi			
33. Stężenie kwasu foliowego we krwi			
34. Stężenie vit. 25 OH D ₃			
35. Stężenie Ca całkow. we krwi			
36. Stężenie fosforanów we krwi			
37. Stężenie fosfatazy alkalicznej we krwi			

Uwaga!

W celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych wskazane jest wykonanie badań w tym samym czasie (ta sama data pobrania).

(b) Wyniki innych badań i konsultacji:

38. Wynik i data konsultacji neurologicznej

39. Wynik i data konsultacji psychologicznej, z oceną ilorazu inteligencji _____

40. Wynik i data badania densytometrycznego kośćca (dotyczy pacjentów > 5 roku życia) _____

41. Wynik i data konsultacji dietetycznej. _____

Dieta z ograniczeniem białka (Tak/Nie) _____ Dobowe spożycie białka _____ g / kg m.c. / d

Opis konsultacji: _____

42. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

Imię i nazwisko lekarza: _____
Data _____

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

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

**V C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA
W PROGRAMIE „LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH
HIPERHOMOCYSTEINEMII”**

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 betainą 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).

VI A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA TYROZYNEMII TYPU I (HT-1)

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|--------------------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w SMPT _____ |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____
40. Powierzchnia ciała (m²) _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C. Wywiad:

41. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 43. Długość ciała (cm) _____ 44. Obwód głowy (cm) _____
45. Który poród _____ 46. Która ciąża _____ 47. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2)} *)
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy N proszę wypełnić następny punkt
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Poślądkowy _____ 52. Cięcie cesarskie _____ 53. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

54. Samoistna _____ 55. Wspomagana _____ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
56. Uraz porodowy _____ 57. Niedotlenienie i resuscytacja
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

60. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

61. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

62. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

63. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

64. Data badania: _____

65. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania:

66. Oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztyniloacetonu: _____ zakres normy _____
67. Data badania _____
68. Oznaczenie bursztyniloacetonu w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas _____ zakres normy _____
69. Data badania _____
70. Oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny _____ zakres normy _____
71. Data badania _____
72. Oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu — tyrozyna _____ zakres normy _____
73. Data badania _____
74. Morfologia krwi, z płytkami krwi _____ zakres normy _____
75. Data badania _____
76. ALAT _____ zakres normy _____
77. Data badania _____
78. AspAT _____ zakres normy _____
79. Data badania _____
80. Bilirubina całkowita i frakcje _____ zakres normy _____
81. Data badania _____
82. Fosfataza alkaliczna _____ zakres normy _____
83. Data badania _____
84. GGTP _____ zakres normy _____
85. Data badania _____
86. INR _____ zakres normy _____
87. Data badania _____
88. Czas protrombinowy _____ zakres normy _____

89.	Data badania _____	
90.	APPT	zakres normy _____
<hr/>		
91.	Data badania _____	
92.	Białko całkowite, albuminy we krwi	zakres normy _____
<hr/>		
93.	Data badania _____	
94.	Gazometria	zakres normy _____
<hr/>		
95.	Data badania _____	
96.	Sód, potas, chlorki we krwi	zakres normy _____
<hr/>		
97.	Data badania _____	
98.	Wapń, fosfor we krwi	zakres normy _____
<hr/>		
99.	Data badania _____	
100.	Wapń, fosfor w moczu	zakres normy _____
<hr/>		
101.	Data badania _____	
102.	Mocznik, kreatynina we krwi	zakres normy _____
<hr/>		
103.	Data badania _____	
104.	Kwas moczowy we krwi	zakres normy _____
<hr/>		
105.	Data badania _____	
106.	Kwas moczowy w moczu	zakres normy _____
<hr/>		
107.	Data badania _____	
108.	Kreatynina w moczu	zakres normy _____
<hr/>		
109.	Data badania _____	

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej z oceną wątroby

110. Data badania _____

111. Opis _____

Badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej

112. Data badania _____

113. Opis _____

G. Inne badania i konsultacje

114. Konsultacja dietetyczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

115. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

116. Imię _____ 117. Nazwisko _____

*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*

UWAGA!

1. Wniosek bez uzupełnienia danych dot. niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

VI B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1)

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____ nr pacjenta w SMPT _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Powierzchnia ciała			

- a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w trakcie monitorowania terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy.
- b) U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozydemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc.

miesiące obserwacji	1 m-c	2	3	4	5	6
23. oznaczenie bursztynyloacetonu w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas						
24. oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny						
25. oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu – tyrozyna						
26. morfologia krwi, z płytkami krwi						
27. ALAT						
28. AspAT						
29. bilirubina całkowita i frakcje						
30. fosfataza alkaliczna						
31. GGTP						
32. INR						
33. czas protrombinowy						
34. APPT						
35. białko całkowite, albuminy we krwi						
36. wapń, fosfor we krwi						
37. wapń, fosfor w moczu						
38. mocznik we krwi						
39. kreatynina we krwi						
40. kwas moczowy we krwi						
41. kwas moczowy w moczu						
42. kreatynina w moczu						

43. USG jamy brzusznej z oceną wątroby (data konsultacji, szczegółowy opis)

44. badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej (data konsultacji, szczegółowy opis)

45. konsultacja dietetyczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

46. Wyniki i daty innych badań i konsultacji

W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej.

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

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

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

VI C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1)

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 substancją nitisinonum 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).

VII A WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY D/S CHOROÓB ULTRARZADKICH Sekcja D/S. Zespołów Autozapalnych

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | |
|-----------------------|
| 24. Pełna nazwa _____ |
|-----------------------|

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
|-----------------------|---------------|

- | | |
|---------------|--------------|
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
|---------------|--------------|

- | | |
|----------------|---------------|
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
|----------------|---------------|

- | | |
|--|--------------------------|
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | nr pacjenta w SMPT _____ |
|--|--------------------------|

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____

*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej – dotyczy osób <18 roku życia

C. Wywiad:

40. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA DOTYCZĄCE DOTYCHCZASOWEGO PRZEBIEGU CHOROBY
zakreślając właściwą odpowiedź lub opisowo:

41. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby (wiek w miesiącach lub latach) i jaki miały charakter ?
Kiedy i jaki wrodzony zespół autozapalny rozpoznano u pacjenta? _____
42. Czy objawy występują stale? TAK / NIE _____
43. Czy objawy mają charakter nawrotowy TAK / NIE _____
44. Jeśli TAK w pkt 43., to jak często występują nawroty od _____ do _____, średnio co _____ tygodni
45. Jeśli tak w pkt 43., to czy objawy nawracają z regularnością do 2 tygodni? TAK / NIE _____
46. Jak długo trwają nawroty objawów: od _____ do _____ dni, średnio _____ dni
47. Czy w czasie epizodów obserwuje się gorączkę powyżej 38,5 stopni? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
48. Czy w czasie epizodów obserwuje się zapalenia stawów? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to jakich _____
49. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle mięśni NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to jakich _____
50. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle głowy? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to jakich _____
51. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle stawów? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to jakich _____
52. Czy w czasie epizodów obserwuje się objawy oponowe? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
53. Czy w czasie epizodów obserwuje się obrzęki wokół oczu? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
54. Czy w czasie epizodów obserwuje się zapalenie błony naczyniowej oczu ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
55. Czy w czasie epizodów obserwuje się zmiany na śluzówkach jamy ustnej ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to jakie _____
56. Czy w czasie epizodów obserwuje się zmiany na migdałkach podniebiennych ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.
Jeśli tak, to jakie _____
57. Czy w czasie epizodów obserwuje się powiększenie węzłów chłonnych ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.
Jeśli tak, to jakich _____

58. Czy w czasie epizodów obserwuje się kaszel i/lub bóle w klatce piersiowej i/lub wysięki w opłucnej ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.
Jeśli tak, to opisz _____
59. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle brzucha ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.
Jeśli tak, to opisz _____
60. Czy w czasie epizodów obserwuje się biegunki? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to opisz _____
61. Czy w czasie epizodów obserwuje się krew w stolcu ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to opisz _____
62. Czy w czasie epizodów obserwuje się zmiany skórne ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to opisz _____
63. Czy u pacjenta stwierdzono niedosłuch ? TAK / NIE / NIE WYKONYWANO BADANIA SŁUCHU
Jeśli tak, to opisz _____
64. Czy u pacjenta stwierdza się upośledzenie rozwoju psychoruchowego TAK / NIE
Jeśli tak, to opisz _____
65. Czy u pacjenta stwierdza się inne objawy/ dolegliwości pomiędzy nawrotami choroby ? TAK / NIE
Jeśli tak, to opisz _____
66. Czy rozpoznano u pacjenta nadciśnienie tętnicze TAK / NIE
Jeśli tak, to kiedy, o jakim podłożu i jak leczone _____
67. Czy rozpoznano u pacjenta niewydolność nerek i/lub białkomocz i /lub krwinkomocz TAK / NIE
Jeśli tak, to opisz _____
68. Czy pacjent był/jest leczony anakinrą TAK / NIE
jeśli tak, to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo

69. Czy pacjent był/jest leczony innymi lekami TAK/NIE
Jeśli tak, to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo

70. Inne choroby przewlekłe TAK/ NIE
Jeśli tak, to opisz _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

D. Stan przedmiotowy:

71. Data badania: _____

72. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania:

73. Data badania _____

74. Morfologia krwi z rozmazem _____ zakres normy _____

75. Data badania _____

76. ALAT _____ zakres normy _____

77. Data badania _____

78. AspAT _____ zakres normy _____

79. Data badania _____

80. GGTP _____ zakres normy _____

81. Data badania _____

82. Ob. _____ zakres normy _____

83. Data badania _____

84. CRP _____ zakres normy _____

85. Data badania _____

86. SAA _____ zakres normy _____

87. Data badania _____

88.	Prokalcytonina	zakres normy _____

89.	Data badania	_____
90.	Ferrytyna	zakres normy _____

91.	Data badania	_____
92.	Czas protrombinowy	zakres normy _____

93.	Data badania	_____
94.	APPT	zakres normy _____

95.	Data badania	_____
96.	D-dimery	zakres normy _____

97.	Data badania	_____
98.	Fibrynogen	zakres normy _____

99.	Data badania	_____
100.	Mocznik, kreatynina we krwi	zakres normy _____

101.	Data badania	_____
102.	Klirens kreatyniny	zakres normy _____

103.	Data badania	_____
104.	Ciśnienie tętnicze skurczowe/rozkurczowe	zakres normy _____

105. Data badania _____

106. Albuminy i proteinogram

zakres normy _____

107. Data badania _____

108. Badanie serologiczne HBV i HCV

zakres normy _____

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej z oceną wątroby

109. Data badania _____

110. Opis _____

Badanie RTG klatki piersiowej

111. Data badania _____

112. Opis _____

G. Inne badania i konsultacje (w zależności od wskazań klinicznych)

113. Konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu (data konsultacji, szczegółowy opis)

114. Konsultacja neurologiczna z/bez badaniem obrazowym OUN (data konsultacji, szczegółowy opis)

115. Konsultacja okulistyczna z badaniem odcinka przedniego i dna oka (data konsultacji, szczegółowy opis)

116. Konsultacja kardiologiczna z badaniem ECHO serca (data konsultacji, szczegółowy opis)

117. Konsultacja stomatologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

118. Badania genetyczne w kierunku zespołów autozapalnych (data, szczegółowy opis)

119. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

120. Imię _____ 121. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

Wniosek bez uzupełnienia danych dotyczących niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. chorób ultrarzadkich z dopiskiem „Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych”.

VII B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIA WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY D/S CHOROÓB ULTRARZADKICH

Sekcja D/S. ZespołÓw Autozapalnych

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____ nr pacjenta w SMPT _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość podawanego leku			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Powierzchnia ciała			

- a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w trakcie monitorowania terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy (w zależności od wieku pacjenta, stanu klinicznego i odpowiedzi na leczenie): nie rzadziej niż raz na 8 tygodni w pierwszych 6 miesiącach leczenia i nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w kolejnych

miesiące obserwacji	1 m-c	2	3	4	5	6
23. OB						
24. CRP						
25. SAA						
26. morfologia krwi, z rozmazem						
27. ALAT						
28. AspAT						
29. GGTP						
30. D-dimery						
31. APPT						
32. INR						
33. czas protrombinowy						
34. APPT						
35. białko całkowite, albuminy we krwi						
36. badanie ogólne moczu						
37. mocznik we krwi						
38. kreatynina we krwi						
39. klirens kreatyniny						
40. ciśnienie tętnicze						

BADANIA OPCJONALNE w zależności od wskazań klinicznych _____

41. Konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu (data konsultacji, szczegółowy opis)

42. Konsultacja neurologiczna z/bez badaniem obrazowym OUN (data konsultacji, szczegółowy opis)

43. Konsultacja okulistyczna z badaniem odcinka przedniego i dna oka (data konsultacji, szczegółowy opis)

44. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis:

Data _____

nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis:

VII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach wynikających z art. 188 oraz 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 (mojego dziecka*) substancją czynną anakinra oraz zobowiązuję się do przyjmowania (podawania*) 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).

VIII A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL pacjenta _____
4. Data urodzenia _____ 5. Płeć _____ 6. Data wystawienia wniosku _____
7. Imię _____ 8. Nazwisko _____

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

Opiekun:

13. Imię _____ 14. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

15. Miejscowość _____ 16. Kod _____
17. Poczta _____ 18. Ulica _____
19. Nr domu _____ 20. Nr mieszkania _____ 21. Woj. _____
22. Tel. dom. _____ 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

24. Pełna nazwa _____

25. Miejscowość _____ 26. Kod _____
27. Ul. _____ 28. Nr _____
29. Tel. _____ 30. Fax _____
31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ nr pacjenta w SMPT _____

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię _____ 33. Nazwisko _____

*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*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl ^{*)} _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl ^{*)} _____ 39. Data pomiaru _____
40. Wskaźnik masy ciała (BMI) _____

*) Określane dla pacjentów do 18. r.ż, dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C. Wywiad:

41. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 43. Długość ciała (cm) _____ 44. Obwód głowy (cm) _____
45. Który poród _____ 46. Która ciąża _____ 47. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2) *)}
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____ gdy N proszę wypełnić następny punkt
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Pośladowy _____ 52. Cięcie cesarskie _____ 53. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

54. Samoistna _____ 55. Wspomagana _____ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
56. Uraz porodowy _____ 57. Niedotlenienie i resuscytacja
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu – w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego
(w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angikeratomy)

60. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

61. Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza

62. Postać choroby Fabry'ego*: klasyczna / nieklasyczna

* niepotrzebne skreślić

63. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce, przez kogo, czy obecnie jest w trakcie terapii, jeżeli tak – jaką substancją czynną) _____

64. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

65. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

66. Data badania: _____
67. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____
- _____
- _____
- _____
- _____

E. Badania:

68. Wynik badania genetycznego (w przypadku kwalifikacji do leczenia migalastatem – obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego) _____
- _____ 69. Data badania _____
70. Oznaczenie poziomu globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3): _____
- zakres normy _____ 71. Data badania _____
72. Ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry lub osoczu lub surowicy (zgodnie z kryteriami kwalifikacji)
- _____
- _____
- _____
- zakres normy _____ 73. Data badania _____
74. Morfologia krwi z rozmazem _____
- zakres normy _____ 75. Data badania _____
76. ALAT _____
- zakres normy _____ 77. Data badania _____
78. AspAT
- _____
- _____
- zakres normy _____ 79. Data badania _____
80. Kinaza keratynowa (CK)
- _____
- _____
- _____
- zakres normy _____ 81. Data badania _____
82. Bilirubina całkowita _____
- zakres normy _____ 83. Data badania _____
84. Badanie ogólne moczu _____
- zakres normy _____ 85. Data badania _____

86. Stężenie kreatyniny i mocznika

zakres normy _____

87. Data badania _____

88. eGFR (w przypadku kwalifikacji do migalastatu $\text{GFR} \geq 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$)

zakres normy _____

89. Data badania _____

90. Wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria

zakres normy _____

91. Data badania _____

92. Stężenie glukozy na czczo

zakres normy _____

93. Data badania _____

94. Lipidogram

zakres normy _____

95. Data badania _____

96. Troponina

zakres normy _____

97. Data badania _____

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej z oceną nerek

98. Data badania _____

99. Opis _____

EKG

100. Data badania _____
101. Opis _____

Echokardiografia spoczynkowa

102. Data badania _____
103. Opis _____

24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera

104. Data badania _____
105. Opis _____

Rezonans magnetyczny mózgu

106. Data badania _____
107. Opis _____

G. Inne badania i konsultacje

108. Konsultacja kardiologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

109. Konsultacja nefrologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

110. Konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

111. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

112. Imię _____

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

113. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez uzupełnienia danych dot. niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

VIII B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić np. pacjenta w systemie SMPT)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____ nr pacjenta w SMPT _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			

- a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w trakcie monitorowania terapii należy przeprowadzać co 6 miesięcy.

Badanie	Wynik	Norma
22. morfologia krwi z rozmazem		
23. ALAT		
24. AspAT		
25. kinaza keratynowa (CK)		
26. bilirubina całkowita		
27. stężenie kreatyniny		
28. stężenie mocznika		
29. eGFR		
Wydalenie białka z moczem:		
30. proteinuria		
31. albuminuria		
32. lipidogram		
33. poziom lyso-Gb3		
34. ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie*		

*w uzasadnionych przypadkach

35. EKG (data konsultacji, szczegółowy opis)

36. Echokardiografia spoczynkowa (data konsultacji, szczegółowy opis)

37. 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera (data konsultacji, szczegółowy opis w uzasadnionych przypadkach)

38. Konsultacja kardiologiczne (data konsultacji, szczegółowy opis)

39. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

40. konsultacja nefrologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

41. Rezonans magnetyczny OUN (data konsultacji, szczegółowy opis, w uzasadnionych przypadkach)

42. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą)

43. Wywiad w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry`ego (w tym tolerancji ciepła, zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji wlewów _____

44. Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza

45. Wyniki i daty innych badań i konsultacji

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

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

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

VIII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY FABRY`EGO

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 substancją *agalazydaza alfa/agalazydaza beta/migalastat** 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).

* niepotrzebne skreślić

IX A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROBY ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL pacjenta _____
4. Data urodzenia _____ 5. Płeć _____ 6. Data wystawienia wniosku _____
7. Imię _____ 8. Nazwisko _____

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

Opiekun:

13. Imię _____ 14. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

15. Miejscowość _____ 16. Kod _____
17. Poczta _____ 18. Ulica _____
19. Nr domu _____ 20. Nr mieszkania _____ 21. Woj. _____
22. Tel. dom. _____ 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

24. Pełna nazwa _____

25. Miejscowość _____ 26. Kod _____
27. Ul. _____ 28. Nr _____
29. Tel. _____ 30. Fax _____
31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ nr pacjenta w SMPT _____

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię _____ 33. Nazwisko _____

*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*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl ^{*)} _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl ^{*)} _____ 39. Data pomiaru _____
40. Wskaźnik masy ciała (BMI) _____

*) Określane dla pacjentów do 18. r.ż, dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C. Wywiad:

41. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 43. Długość ciała (cm) _____ 44. Obwód głowy (cm) _____
45. Który poród _____ 46. Która ciąża _____ 47. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2) *)}
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____ gdy N proszę wypełnić następny punkt
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

* ¹⁾ ocena pewna, ²⁾ ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Pośladowy _____ 52. Cięcie cesarskie _____ 53. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

54. Samoistna _____ 55. Wspomagana _____ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
56. Uraz porodowy _____ 57. Niedotlenienie i resuscytacja
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Rozpoznanie:

60. Data rozpoznania lub wiek rozpoznania: _____

61. Rozpoznanie: _____

62. Podstawa postawienia rozpoznania (należy zaznaczyć właściwe): biochemiczne ☐, enzymatyczne ☐, molekularne ☐,

Badanie podmiotowe:

63. Data badania: _____

64. _____

Badanie przedmiotowe (znaczące dla danej choroby odchylenia od stanu prawidłowego):

65. Data badania: _____

66. _____

E. Badania:

67. Stężenie karnityny wolnej _____

_____ 68. Data badania _____

69. Stężenie karnityny całkowitej _____

zakres normy _____

70. Data badania _____

71. Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas – wynik badania należy dołączyć do wniosku

72. Data badania _____

73. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

74. Imię _____

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

75. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez uzupełnienia danych dot. niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

IX B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROBY ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr historii choroby _____ nr pacjenta w SMPT _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby/wiek pacjenta _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			

- a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w trakcie monitorowania terapii należy przeprowadzać co 6 miesięcy.

Badanie	Wynik	Norma
22. stężenie karnityny wolnej		
23. stężenie karnityny całkowitej		
24. stężenie acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas	wynik badania należy dołączyć do karty	—

25. Wyniki i daty innych badań i konsultacji

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

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

Data _____

*nadruk lub pieczętka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

IX C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBY METABOLICZNYCH

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 substancją *L-karnityną* 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).

X A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA WCZESNODZIECIĄCĄ POSTAĆ CYSTYNOZY NEFROPATYCZNEJ

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie SMPT)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr pacjenta w systemie SMPT _____ | Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl ^{*)} _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl ^{*)} _____ 39. Data pomiaru _____
40. Powierzchnia ciała (m²) _____

**) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej*

C. Wywiad:

41. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta:

L.p.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 43. Długość ciała (cm) _____ 44. Obwód głowy (cm) _____
45. Który poród _____ 46. Która ciąża _____ 47. Czas trwania ciąży w tyg. ____ ^{1), 2) *)}
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy N proszę wypełnić następny punkt
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

** 1) ocena pewna, 2) ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)*

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Pośladkowy _____ 52. Cięcie cesarskie _____ 53. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

54. Samoistna _____ 55. Wspomagana _____ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
56. Uraz porodowy _____ 57. Niedotlenienie i resuscytacja
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

60. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. _____

61. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) _____

62. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

63. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

64. Data badania: _____
65. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

66. Stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej _____ (zakres normy _____),
67. Data badania _____

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej

68. Data badania _____

69. Opis _____

G. Inne badania dodatkowe

Inne badania związane z chorobą zasadniczą (data badania / wynik):

70. morfologia krwi pełna data badania _____

71. stężenie kreatyniny w surowicy krwi na czczo data badania _____

72. stężenie kreatyniny w porannej porcji moczu data badania _____

73. stężenie glukozy w surowicy krwi na czczo data badania _____

74. stężenie sodu w surowicy krwi na czczo data badania _____

75. stężenie potasu w surowicy krwi na czczo data badania _____

76. stężenie chloru w surowicy krwi na czczo data badania _____

77. stężenie wapnia w surowicy krwi na czczo data badania _____

78. stężenie wapnia w porannej porcji moczu data badania _____

79. stężenie magnezu w surowicy krwi na czczo data badania _____

80. stężenie magnezu w porannej porcji moczu data badania _____

81. stężenie fosforu w surowicy krwi na czczo data badania _____

82. stężenie fosforu w porannej porcji moczu data badania _____

83. stężenie cholesterolu w surowicy krwi na czczo data badania _____

84. stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi na czczo data badania _____

85. stężenie białka całkowitego w surowicy krwi na czczo data badania _____

86. stężenie albumin w surowicy krwi na czczo data badania _____

próby wątrobowe:

87. AspAT

data badania _____

88. ALAT

data badania _____

89. gazometria krwi żyłnej

data badania _____

90. analiza moczu

data badania _____

91. stężenie TSH

data badania _____

92. stężenie fT4

data badania _____

I. Inne badania i konsultacje

93. konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR (data konsultacji, szczegółowy opis)

94. konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym) (data konsultacji, szczegółowy opis)

95. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

96. konsultacja endokrynologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

97. konsultacja psychologiczna u starszych dzieci ocena ilorazu inteligencji (data konsultacji, szczegółowy opis)

98. konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów >10 r.ż. (data konsultacji, szczegółowy opis)

99. konsultacja dermatologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

100. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

101. Imię _____ 102. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężenia hemicystyny (cystyny) oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

X B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE WCZESNODZIECIĘCEJ POSTACI CYSTINOZY NEFROPATYCZNEJ

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie SMPT)

1. Imię _____
2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____
5. Nr pacjenta w systemie SMPT _____
Nr historii choroby _____
6. Miejsce zamieszkania pacjenta _____
7. Rozpoznanie _____
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby _____
9. Data rozpoznania choroby _____
10. Data rozpoczęcia leczenia _____
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis _____

12. Wynik badania przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) _____

miesiące obserwacji	0	w okresie 6 mies. obserwacji	6 mies.
13. Dawka leku [mg/kg]			
14. Dawka podanego leku [mg]			
15. Częstość iniekcji			
16. Czy były przerwy w leczeniu (jeśli tak to jak długie)			
17. Czy występowały objawy niepożądane lub powikłania (jeśli tak to proszę szczegółowo je opisać)			
18. Inne leki (jakie, w jakiej dawce i z jakiego powodu)			
19. Inne formy terapii i/lub rehabilitacji (proszę szczegółowo opisać)			
20. Wysokość ciała [cm]			
21. Masa ciała [kg]			
22. Powierzchnia ciała			

- (a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w okresie 3 mies. obserwacji (do wykonania RAZ na 90 dni.)

miesiące obserwacji	Raz na 90 dni
23. morfologia krwi	
24. stężenie kreatyniny w surowicy krwi na czczo	
25. stężenie kreatyniny w porannej porcji moczu	
26. stężenie cholesterolu w surowicy krwi na czczo	
27. stężenie glukozy w surowicy krwi na czczo	
28. stężenie sodu w surowicy krwi na czczo	
29. stężenie potasu w surowicy krwi na czczo	
30. stężenie chloru w surowicy krwi na czczo	
31. stężenie wapnia w surowicy krwi na czczo	
32. stężenie wapnia w porannej porcji moczu	
33. stężenie magnezu w surowicy krwi na czczo	
34. stężenie magnezu w porannej porcji moczu	
35. stężenie fosforu w surowicy krwi na czczo	
36. stężenie fosforu w porannej porcji moczu	
37. gazometria krwi żyłnej	
38. analiza moczu	
39. stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej	

40. konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR (data konsultacji, szczegółowy opis – raz na 90 dni)

- (b) Wyniki innych badań i konsultacji (do wykonania co 180 dni):

41. stężenie TSH (data badania, wynik) _____

42. Stężenie fT4 (data badania, wynik) _____

43. konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym) (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

44. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

(c) Wyniki innych badań i konsultacji (do wykonania co 365 dni):

45. USG jamy brzusznej (data badania, wynik) _____

46. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

47. konsultacja endokrynologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

48. konsultacja psychologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

49. konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów >10 r.ż. (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

50. konsultacja gastrologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

51. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data

*nadruk lub pieczęć zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*

X C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE WCZESNODZIECIĘCEJ POSTACI CYSTYNOZY NEFROPATYCZNEJ

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 cysteaminą 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).

XI A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL pacjenta _____
4. Data urodzenia _____ 5. Płeć _____ 6. Data wystawienia wniosku _____
7. Imię _____ 8. Nazwisko _____

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

Opiekun:

13. Imię _____ 14. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

15. Miejscowość _____ 16. Kod _____
17. Poczta _____ 18. Ulica _____
19. Nr domu _____ 20. Nr mieszkania _____ 21. Woj. _____
22. Tel. dom. _____ 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

24. Pełna nazwa _____

25. Miejscowość _____ 26. Kod _____
27. Ul. _____ 28. Nr _____
29. Tel. _____ 30. Fax _____
31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię _____ 33. Nazwisko _____

*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*

B. Dane pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____

35. Masa ciała (kg) _____

C. Wywiad:

36. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta – proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania lub podejrzenia występowania choroby w rodzinie pacjenta)

L.p.	Inicjały	Data urodzenia	Data rozpoznania choroby	Stopień pokrewieństwa	Czy jest leczony (Tak/Nie, jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem)
1.					
2.					
3.					

Inne dane z wywiadu:

Rozpoznanie – dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE): TYP I / TYP II*

*proszę zaznaczyć

37. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące przebiegu choroby, w tym udokumentowanie występowania ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego — w poprzedzających 6 miesiącach opis. _____

38. Czy pacjent był leczony w ramach profilaktyki długoterminowej lekami poza wskazaniami rejestracyjnymi (leki prozakrzepowe, androgeny) (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) _____

39. Czy pacjent był leczony z powodu napadów (Tak/Nie — jeżeli tak, to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) – konieczne podanie szczegółowych informacji dotyczących użycia leków ratunkowych z okresu poprzedzających 6 miesięcy

40. Czy pacjent był leczony w ramach profilaktyki krótkoterminowej (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) _____

41. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

42. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

43. Data badania: _____

44. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

45. Stężenie inhibitora C1 esteraży we krwi _____ (zakres normy _____),

46. Data badania 1). _____

Data badania 2). _____

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

47. Aktywność inhibitora C1 esteraży we krwi (jeśli dotyczy*) _____ (zakres normy _____),

48. Data badania 1). _____

Data badania 2). _____

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

*jeśli stężenie C1-esteraży jest prawidłowe

49. Stężenie składowej C4 C4 dopełniacza _____ (zakres normy _____),

50. Data badania 1) _____

Data badania 2). _____

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

51. Stężenie składowej C1q dopełniacza (jeśli dotyczy**) _____ (zakres normy _____),

52. Data badania 1) _____

Data badania 2). _____

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

**badanie wymagane w przypadku ujemnego wywiadu rodzinnego; dotyczy pacjentów, u których pierwszy napad nastąpił powyżej 40. roku życia.

53. Morfologia krwi _____ (zakres normy _____),

54. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

55. Badanie ogólne moczu _____ (zakres normy _____),

56. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

57. Czas koalinowo-kefalinowy (APTT) _____ (zakres normy _____),

58. Data badania _____

59. Oznaczenie INR _____ (zakres normy _____),

60. Data badania _____

61. AspAT _____ (zakres normy _____),

62. Data badania _____

63. AIAT _____ (zakres normy _____),

64. Data badania _____

65. Bilirubina całkowita _____ (zakres normy _____),

66. Data badania _____

67. Próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym – dodatnia TAK ☐ NIE. ☐

68. Data badania _____

69. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

70. Imię _____

71. Nazwisko _____

*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*

**XI B. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA
W PROGRAMIE LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z
NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU
NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU**

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 lanadelumabem 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).

XII A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| 1. Nr wniosku _____ | 2. Inicjały pacjenta _____ | 3. PESEL pacjenta _____ |
| 4. Data urodzenia _____ | 5. Płeć _____ | 6. Data wystawienia wniosku _____ |
| 7. Imię _____ | 8. Nazwisko _____ | |

W przypadku dziecka proszę podać dane dotyczące rodziców/opiekunów dziecka:

Ojciec:

- | | |
|---------------|--------------------|
| 9. Imię _____ | 10. Nazwisko _____ |
|---------------|--------------------|

Matka:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 11. Imię _____ | 12. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Opiekun:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 13. Imię _____ | 14. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

Miejsce zamieszkania pacjenta:

- | | | |
|-----------------------|--|----------------|
| 15. Miejscowość _____ | 16. Kod _____ | |
| 17. Poczta _____ | 18. Ulica _____ | |
| 19. Nr domu _____ | 20. Nr mieszkania _____ | 21. Woj. _____ |
| 22. Tel. dom. _____ | 23. W przypadku dziecka tel. do rodziców / opiekunów _____ | |

Jednostka wystawiająca wniosek:

- | | |
|--|---------------|
| 24. Pełna nazwa _____ | |
| 25. Miejscowość _____ | 26. Kod _____ |
| 27. Ul. _____ | 28. Nr _____ |
| 29. Tel. _____ | 30. Fax _____ |
| 31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____ | |

Lekarz wystawiający wniosek:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 32. Imię _____ | 33. Nazwisko _____ |
|----------------|--------------------|

*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*

B. Dane pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____

35. Masa ciała (kg) _____

C. Wywiad:**Pacjent*:****a) z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata****b) z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata**

*proszę zaznaczyć

36. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące przebiegu choroby, _____

37. Inne choroby przewlekłe (T/N) w tym obecność nowotworów: _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

38. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: _____

D. Stan przedmiotowy:

39. Data badania: _____

40. Badanie fizykalne (proszę podać szczegółowo dane dotyczące odchyień w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

E. Badania dodatkowe:

Zgodnie z opisem programu lekowego B.121 w przypadku pacjentów z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby) o zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu

41. Oznaczenie przeciwciał anty VGCC* _____ (zakres normy _____),

42. Data badania: _____

*lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości

43. badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); _____

44. Data badania: _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

45. Morfologia krwi _____ (zakres normy _____),

46. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

47. AlAT _____ (zakres normy _____),

48. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

49. AspAT) _____ (zakres normy _____),

50. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

51. stężenie kreatyniny _____ (zakres normy _____),

52. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

53. Ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) _____

54. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

55. USG lub TK jamy brzusznej _____

56. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

57. EKG _____

58. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

59. Konsultacja ginekologiczna u kobiet (data konsultacji/opis)

60. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

61. Imię _____

62. Nazwisko _____

*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*

XII B. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA

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 amifamprydyną 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).

Załącznik Nr 11 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

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 - porada lekarska, konsultacja, asysta

Załącznik Nr 12 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

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 płamki związanego z wiekiem (AMD) oraz weryfikacja skuteczności leczenia, kwalifikacja do leczenia cukrzycowego obrzęku płamki (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 płamki związanego z wiekiem (AMD) 2) Leczenie chorych na cukrzycowy obrzęk płamki (DME)
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	H 35.3 - Zwyrodnienie płamki 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) 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 – porada lekarska, konsultacja, asysta

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia aktywnej postaci ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA) oraz weryfikację jego skuteczności

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia aktywnej postaci ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA) oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie aktywnej postaci ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA)
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) M31.3 - Ziarniniakowatość Wegenera; 2) M31.8 - Inne określone martwicze choroby naczyń krwionośnych
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. leczenia ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA)
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub nefrologii, lub chorób płuc, lub immunologii klinicznej, lub chorób wewnętrznych
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 - porada lekarska, konsultacja, asysta

Załącznik Nr 14 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona oraz weryfikację jego skuteczności

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	G20 - choroba Parkinsona
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu choroby Parkinsona
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii
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 - porada lekarska, konsultacja, asysta

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia hormonem wzrostu lub insulinopodobnym czynnikiem wzrostu-1 oraz weryfikację jego skuteczności

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia hormonem wzrostu lub insulinopodobnym czynnikiem wzrostu-1 oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki; 2) Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1; 3) Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN); 4) Leczenie zespołu Prader-Willi; 5) Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT); 6) Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) E 23 — somatotropinowa niedoczynność przysadki (SNP); 2) Q 96 — zespół Turnera (ZT); 3) N 18 — przewlekła niewydolność nerek (PNN); 4) Q 87.1 — zespół Prader-Willi (PWS); 5) E 34.3 — karłowatość, gdzie indziej niesklasyfikowana (ciężki pierwotny niedobór insulinopodobnego czynnika wzrostu-1); 6) R 62.9 — brak oczekiwanego prawidłowego rozwoju fizycznego, nie określony (niskorosłe dzieci urodzone jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. stosowania hormonu wzrostu
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub endokrynologii, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub nefrologii, lub nefrologii dziecięcej, lub genetyki klinicznej
1.7	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisach programów lekowych wymienionych w pkt 1.2; 2) 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 dla kwalifikacji oraz monitorowania leczenia pacjenta, zgodnie z opisami programów, przez Zespół Koordynacyjny ds. stosowania hormonu wzrostu**

I A. Wzór wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. STOSOWANIA HORMONU WZROSTU

WNIOSEK

o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną na adres Zespołu Koordynacyjnego w celu oceny przez niezależnego recenzenta)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____ Płeć (M/K) _____

1. PESEL dziecka _____ 2. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i jednostka kierująca

3. Imię _____ 4. Nazwisko _____

5. Data urodzenia _____

Ojciec:

6. Imię _____ 7. Nazwisko _____

Matka:

8. Imię _____ 9. Nazwisko _____

10. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

13. Miejscowość _____ 14. Kod _____

15. Poczta _____ 16. Ulica _____

17. Nr domu _____ 18. Nr mieszk. _____ 19. Woj. _____

20. Tel. dom. _____ 21. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

22. Pełna nazwa _____

23. Miejscowość _____ 24. Kod _____

25. ul. _____ 26. Nr _____

27. tel. _____ 28. Fax _____

29. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

30. Imię _____ 31. Nazwisko _____

B. Dane auksologiczne:

32. Data pomiaru _____
33. Wzrost _____ cm 34. centyl _____ 35. hSDS _____
36. Masa ciała _____ kg 37. centyl dla wieku wzrostowego _____ 38. BMI _____
39. Wiek kostny _____ 40. Data rtg _____
41. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

42. Wzrost _____ cm 43. Data I pomiaru _____
44. Wzrost _____ cm 45. Data II pomiaru _____
46. Tempo wzrastania _____

Rodzice:	Wzrost (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	Przebieg dojrzewania
Ojciec:	47. _____ cm / _____ centyl	48. _____	49. _____	50. _____ ¹⁾
Matka:	51. _____ cm / _____ centyl	52. _____	53. _____	54. _____ ¹⁾

¹⁾ prawidłowy – 1, przedwczesny – 2, opóźniony – 3, nieznany – 4

55. Wzrost rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wzrost	
				cm	centyl
1.					
2.					
3.					
4.					

C. Wywiad:

56. Masa ciała przy ur. (g) _____ 57. Długość ciała (cm) _____ 58. Obwód głowy (cm) _____
59. Który poród _____ 60. Która ciąża _____ 61. Czas trwania ciąży w tyg. _____
62. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), gdy NIE należy wypełnić pkt 69
63. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____
- _____
- _____

Poród (T/N):

64. Fizjologiczny, siłami natury _____ 65. Cięcie cesarskie _____ 66. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

67. Samoistna _____ 68. Wspomagana _____ 69. Uraz porodowy _____
70. Niedotlenienie i resuscytacja _____ 71. Ocena wg skali Apgar: _____ 5 min _____
72. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____
- _____
- _____

Inne dane z wywiadu:

73. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____

74. Choroby rozrostowe (T/N) (jeśli tak podać rodzaj choroby, kiedy została rozpoznana i sposób jej leczenia) _____

75. Hipogonadyzm – (T/N) _____ 76. Hipoglikemia – (T/N) _____

Jeżeli tak to jak często, jaka była najniższa wartość glikemii, czy z tego powodu dziecko było hospitalizowane / diagnozowane (opis): _____

77. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

Jeśli Tak – wymień rodzaj chorób oraz leki, szczególnie takie które mogą hamować procesy wzrastania, np. glikokortykoidy, z podaniem sumarycznej ich dawki _____

78. Podaj także inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, bóle głowy, zaburzenia widzenia, często powtarzające się choroby i inne nieprawidłowości _____

79. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____

Jeśli TAK, to proszę podać od kiedy, jak długo, jaki preparat i w jakich dawkach (dane te proszę zaznaczyć także na siatce centylowej. Jeżeli tak to podać opis _____

D. Stan przedmiotowy:

80. Data badania: _____

81. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe)

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

82. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: _____ 1) wczesne, 2) normalne, 3) późne, 4) nieznanne

83. Stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera _____

E. Badania obrazowe:

MRI (NMR) lub TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.

84. Data badania _____

85. Opis _____

86. Inne badania obrazowe, np. USG, itp. (T/N), _____ jeśli T – podać daty i wyniki tych badań: _____

F. Inne, niż hormonalne, badania dodatkowe, zgodnie z opisem programu

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania SNP lub WNP lub wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu).

87. Wyniki tych badań z podaniem daty:

G. Badania hormonalne:

88. Test nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (stężenia GH w surowicy)

	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
GH						

podać co najmniej 5 pomiarów stężeń GH

Testy stymulujące sekrecję GH (konieczne co najmniej 2 testy):

TEST 1.

89. Data wykonania _____

90. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii) _____

91. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

TEST 2.

92. Data wykonania _____

93. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii) _____

94. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

95. Data pomiaru _____ 96. fT_4 (T/N) _____ jednostki _____

97. TSH: _____ jednostki _____

98. Niedoczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____

99. Substytucja (T/N): _____ 100. Podaj dawkę leku _____

Test z LH-RH lub badanie podstawowe stężenie gonadotropin w surowicy:

101. Data pomiaru _____

	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
FSH						
LH						

102. Rozpoznano niedobór LH, FSH: (T/N) _____ Rok rozpoznania: _____

103. Substytucja (T/N): _____

104. Jeśli tak to jakimi preparatami i od kiedy?: _____

Prolaktyna w surowicy:

105. Data pomiaru _____ 106. stężenie PRL: _____ jednostki _____

Kortyzol w surowicy:

107. Data pomiaru _____ 108. Uzyskane wartości stężeń:

stężenie poranne _____ godz. _____ jedn. _____

wieczorne / nocne _____ godz. _____ jedn. _____

ACTH w surowicy:

109. Data pomiaru _____

110. Uzyskane wartości stężeń: _____ godz. _____ jedn. _____

111. Rozpoznano niedobór ACTH: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____ Substytucja (T/N): _____

112. Rozpoznano niedobór ADH: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____ Substytucja (T/N): _____

IGF-I w surowicy:

113. Data pomiaru _____ 114. Uzyskane wartości _____ jedn. _____

IGFBP-3 w surowicy:

115. Data pomiaru _____ 116. Uzyskane wartości _____ jedn. _____

117. Inne badania ważne do postawienia rozpoznania _____

H. Rozpoznanie:

118. Postać idiopatyczna SNP (T/N) _____ 119. Wielohormonalna (T/N) _____

120. Izolowana (T/N) _____ 121. Rodzinna (T/N) _____

Postać organiczna:

122. (T/N) – jeśli tak to podaj przyczynę i sposób leczenia _____

123. Zabiegi neurochirurgiczne lub inne operacje: (T/N) _____ jeśli tak to podaj kiedy był zabieg i opisz rodzaj zabiegu _____

124. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu:

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe.

Lekarz prowadzący:

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

*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*

UWAGA!

1. Wniosek bez co najmniej oceny nocnego wyrzutu hormonu wzrostu, dwóch testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu, oznaczeń stężeń TSH, fT₄ i IGF-I, oceny wieku kostnego (z załączeniem RTG śródreżcza), wyniku obrazowania okolicy podwzgórzowo – przysadkowej oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania Dziecka (siatki centylowe) nie będzie rozpatrywany.
2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych z w/w badań, a jednak koniecznych do rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka koordynującego.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu wzrostu

IB. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka, którego rodzicem lub opiekunem prawnym jestem, w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data _____ Podpis opiekuna _____

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).

II A. Wzór wniosku o zakwalifikowanie do leczenia hormonem wzrostu dla pacjentów z zespołem Turnera

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. STOSOWANIA HORMONU WZROSTU

WNIOSEK

o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu dla pacjenta z zespołem Turnera

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną na adres Zespołu Koordynacyjnego w celu oceny przez niezależnego recenzenta)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____ Płeć (M/K) _____
1. PESEL dziecka _____ 2. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej.

3. Imię _____ 4. Nazwisko _____
5. Data urodzenia _____

Ojciec:

6. Imię _____ 7. Nazwisko _____

Matka:

8. Imię _____ 9. Nazwisko _____

10. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

13. Miejscowość _____ 14. Kod _____

15. Poczta _____ 16. Ulica _____

17. Nr domu _____ 18. Nr mieszkania _____ 19. Woj. _____

20. Tel. dom. _____ 21. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

22. Pełna nazwa _____

23. Miejscowość _____ 24. Kod _____

25. ul. _____ 26. Nr _____

27. Tel. _____ 28. Fax _____

29. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

30. Imię _____ 31. Nazwisko _____

*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*

B. Dane anksologiczne pacjenta:

32. Wzrost (cm) _____ 33. centyl _____ 34. Data pomiaru _____

Rodzice:

Wzrost (cm/centyl)

35. Ojciec: ____ cm/ ____ centyl

36. Matka: ____ cm/ ____ centyl

37. Średni wzrost rodziców (mph) _____

38. Masa ciała pacjenta (kg) _____ 39. Data pomiaru _____

40. BMI _____ 41. Wiek kostny *) _____ 42. Data rtg _____

43. Metoda oceny wieku kostnego _____

44. Wzrost rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wzrost	
				cm	cent.
1.					
2.					
3.					
4.					

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

45. Wzrost _____ cm 46. Data I pomiaru _____

47. Wzrost _____ cm 48. Data II pomiaru _____

49. Tempo wzrastania w cm/rok _____

C. Wywiad:

50. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____

51. Długość ciała (cm) _____ 52. Obwód głowy (cm) _____

53. Który poród _____ 54. Która ciąża _____ 55. Czas trwania ciąży w tyg. _____

56. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____

57. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

Poród (T/N):

58. Fizjologiczny, siłami natury _____ 59. Cięcie cesarskie _____ 60. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

61. Samoistna _____ 62. Wspomagana _____

63. Uraz porodowy _____ 64. Niedotlenienie i resuscytacja _____

65. Ocena wg skali Apgar: _____ 5 min _____

66. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

67. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____,

68. Choroby przewlekłe (T/N) _____

69. Jeśli TAK – wymień jakie choroby, kiedy i jakie leki stosowano: _____

70. Podaj także, inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania oraz często powtarzające się choroby _____

71. Czy pacjentka była leczona preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____
Jeśli TAK, to proszę wpisać w jakim okresie, jakim lekiem i jaką dawką oraz umieścić te dane w załączonej do wniosku siatce centylowej. _____

D. Stan przedmiotowy:

72. Data badania: _____

73. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe) _____

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

74. Data badania _____

75. Thelarche _____ 76. Pubarche _____ 77. Menarche (T/N) _____

78. Data pierwszej miesiączki, także jednorazowego, skąpego plamienia _____

79. Czy były następne miesiączki, jeśli TAK opisz i podaj datę ostatniej _____

80. Substytucja estrogenowa: (T/N), _____
jeśli TAK podaj datę rozpoczęcia leczenia oraz stosowane leki i dawki _____

81. Substytucja progesteronowa: (T/N), _____
jeśli TAK podaj datę rozpoczęcia leczenia oraz stosowane leki i dawki _____

E. Badania dodatkowe:

Kariotyp:

82. Data badania _____ 83. Numer badania podany przez pracownię _____
84. Pracownia wykonująca badanie _____
85. Metoda badania _____
86. Mitozy liczone _____ 87. Mitozy analizowane _____
88. Wynik badania*) _____

*) w przypadku stwierdzenia chromosomu markerowego (chromosom Y) wniosek może być rozpatrywany dopiero po wykonaniu badań określających pochodzenie fragmentu tego chromosomu.

Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej i miednicy małej

89. Data badania _____
90. Opis _____
- _____
- _____
- _____

USG serca

91. Data badania _____
92. Opis _____
- _____
- _____
- _____
93. Inne zastosowane metody obrazowania (T/N) _____ Jeśli T – podaj rodzaj badania, ich daty i wyniki:
- _____
- _____
- _____

F. Inne, niż hormonalne, badania dodatkowe ważne dla rozpoznania*), zgodnie z opisem programu

*) szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania / wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu, hiperglikemii, chorób układowych, zaburzeń wchłaniania, zaburzeń metabolicznych i innych.

94. Wyniki — opis, z podaniem daty:

95. Glikemia na czczo _____ jednostki _____ data badania _____
96. Odsetek glikowanej hemoglobiny A_{1c} _____ data badania _____
97. Test doustnego obciążenia glukozą (oznaczenie glukozy i insuliny),

Czasy	0	30	60	90	120	Minut
Glikemia						jedn. _____
Insulinemia						jedn. _____

G. Badania hormonalne:

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

98. Data _____ 99. fT₄ _____ jednostki _____
100. TSH _____ jednostki _____
101. Rozpoznano niedczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____
102. Substytucja (T/N) _____ jeśli tak podaj od kiedy i jaką dawką _____

Gonadotropiny w surowicy:

103. Data _____ 104. LH _____ jednostki _____
105. Data _____ 106. _____ FSHjednostki _____

IGF-I w surowicy:

107. Data _____ 108. _____ IGF-Ijednostki _____

IGFBP3 w surowicy:

109. Data _____ 110. IGFBP3 _____ jednostki _____

111. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu

Lekarz prowadzący:

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

*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*

UWAGA!

1. Wniosek bez co najmniej opisu kariotypu, oznaczeń stężeń TSH, fT₄, i IGF-I oraz oceny przemian węglowodanowych, a ponadto zdjęcia do oceny WK, wyniku obrazowania układu sercowo – naczyniowego, jamy brzusznej, miednicy małej oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania (siatki centylowe) nie będzie rozpatrywany.
2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych badań, a koniecznych do postawienia rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka koordynacyjnego.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu wzrostu.

IIB. Załącznik do wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w Zespole Turnera

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka, którego rodzicem lub opiekunem prawnym jestem, w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data _____ Podpis opiekuna _____

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).

III A. Wzór wniosku o zakwalifikowanie do leczenia hormonem wzrostu dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. STOSOWANIA HORMONU WZROSTU

WNIOSEK

o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w przewlekłej niewydolności nerek

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną na adres Zespołu Koordynacyjnego w celu oceny przez niezależnego recenzenta)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____

1. PESEL pacjenta _____ 2. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i jednostka kierująca

3. Imię _____ 4. Nazwisko _____

5. Data urodzenia _____ 6. Płeć (1 = K, 2 = M) _____

Ojciec:

7. Imię _____ 8. Nazwisko _____

Matka:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

11. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

12. Imię _____ 13. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

14. Miejscowość _____ 15. Kod _____

16. Poczta _____ 17. Ulica _____

18. Nr domu _____ 19. Nr mieszk. _____ 20. Woj. _____

21. Tel. dom. _____ 22. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

23. Pełna nazwa _____

24. Miejscowość _____ 25. Kod _____

26. ul. _____ 27. Nr _____

28. Tel. _____ 29. Fax _____

30. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

31. Imię _____ 32. Nazwisko _____

*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*

B. Dane auksologiczne:

33. Wzrost (w cm) _____ 34. Centyl _____ 35. Data pomiaru _____
36. Masa ciała (w kg) _____ 37. Centyl dla wieku wzrostowego _____
38. BMI _____ 39. Wiek kostny _____ 40. Data badania _____
41. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

42. Wzrost _____ cm 43. Data I pomiaru _____
44. Wzrost _____ cm 45. Data II pomiaru _____
46. Tempo wzrastania _____ cm/rok 47. hSDS _____

Rodzice:	Wzrost (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	Przebieg dojrzewania
Ojciec:	48. _____ cm/ _____ c	49. _____	50. _____	51. _____
Matka:	52. _____ cm/ _____ c	53. _____	54. _____	55. _____

Dojrzewanie: 1) wczesne, 2) normalne, 3) późne, 4) brak danych

C. Wywiad:

56. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 57. Długość ciała (cm) _____ 58. Obwód głowy (cm) _____
59. Który poród _____ 60. Która ciąża _____ 61. Czas trwania ciąży w tyg. _____
62. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), gdy NIE, należy wypełnić pkt 63. _____
63. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

Poród (T/N):

64. Fizjologiczny, siłami natury _____ 65. Cięcie cesarskie _____ 66. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

67. Niedotlenienie i resuscytacja (T/N) _____
68. Stan po urodzeniu wg skali Apgar: _____ 5 min _____

69. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

70. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
Jeśli TAK – proszę wymienić jakie choroby, kiedy i jakie stosowano leczenie: _____

71. Proszę podać także, inne dane np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, często powtarzające się choroby, inne _____

72. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____
Jeśli TAK, to proszę podać w jakim okresie, jakim preparatem i w jakiej dawce oraz nanieść te dane na załączonej do wniosku siatce centylowej. _____

D. Stan przedmiotowy:

73. Data badania _____

74. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe)

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tanner)

75. Data badania _____

76. Stopień _____

77. Wystąpienie dojrzewania – _____

1) wczesne 2) normalne 3) późne 4) nieznane

E. Dane dotyczące choroby zasadniczej

78. Rozpoznanie, przyczyna PNN _____

79. Data rozpoznania PNN _____

80. Data rozpoczęcia dializ _____

81. Metoda dializ _____ (daty) _____

82. Czy był przeszczep nerki _____ (daty) _____

83. Badanie laboratoryjne:

Morfologia krwi _____

Mocznik _____ Kreatynina _____ FA _____

Ca, P _____ PTH _____ Glikemia _____

Białko całkowite _____ Albuminy _____

Cholesterol _____ TG _____

Inne badania _____

84. Stosowana dieta _____

kalorie _____ białko _____

85. Stosowane leczenie _____

Alfakalcidol _____ lub inny aktywny metabolit witaminy D _____

Calcium carbonicum _____

Inne leki _____

F. Inne badania dodatkowe ważne dla rozpoznania, zgodnie z opisem programu

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania – wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu).

86. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe

Lekarz prowadzący:

Imię

Nazwisko _____

Data _____

*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*

UWAGA!

1. Wniosek bez RTG śródreżcza (wiek szkieletowy) oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania, siatki centylowej nie będzie rozpatrywany.
2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych badań, a jednak koniecznych do postawienia rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka, w którym badanie takie będzie możliwe do wykonania.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu wzrostu.

III B. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w przewlekłej niewydolności nerek

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka, którego rodzicem lub opiekunem prawnym jestem, w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data _____

Podpis opiekuna _____

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).

IV A. Wniosek o zakwalifikowanie do leczenia hormonem wzrostu dla pacjentów z Zespołem Prader-Willi

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. STOSOWANIA HORMONU WZROSTU

WNIOSEK

o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu dla pacjentów z zespołem Prader-Willi

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną na adres Zespołu Koordynacyjnego w celu oceny przez niezależnego recenzenta)

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL pacjenta _____
4. Płeć M/K _____ 5. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

6. Imię _____ 7. Nazwisko _____
8. Data urodzenia _____

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

13. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

14. Imię _____ 15. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

16. Miejscowość _____ 17. Kod _____
18. Poczta _____ 19. Ulica _____
20. Nr domu _____ 21. Nr mieszk. _____ 22. Woj. _____
23. Tel. dom. _____ 24. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

25. Pełna nazwa _____

26. Miejscowość _____ 27. Kod _____
28. ul. _____ 29. Nr _____
30. Tel. _____ 31. Fax. _____
32. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

33. Imię _____ 34. Nazwisko _____

*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*

B. Dane auksologiczne:

35. Wzrost (cm) _____ 36. centyl _____ 37. Data pomiaru _____
 38. Masa ciała pacjenta (kg) _____ / centyl _____ 39. BMI (wartość i centyl dla wieku i płci) _____
 40. Masa ciała pacjenta (kg) _____ / centyl _____ 41. Data drugiego pomiaru* _____
 42. BMI* (wartość i centyl dla wieku i płci) _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

43. Wzrost _____ cm 44. Data I pomiaru _____
 45. Wzrost * _____ cm 46. Data II pomiaru * _____
 47. Tempo wzrastania (w cm/rok) _____
 48. Wiek kostny _____ 49. Data rtg _____
 50. Metoda oceny wieku kostnego _____

* Wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji

Rodzice

Data pomiaru _____

Wzrost (cm): 51. Ojciec: _____ 52. Matka: _____
 Masa ciała (kg): 53. Ojciec: _____ 54. Matka: _____
 BMI: 55. Ojciec: _____ 56. Matka: _____

57. Wzrost rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wzrost		Masa c.		BMI	
				cm	centyl	kg	centyl		centyl
1.									
2.									
3.									
4.									

C. Wywiad:

58. Masa ciała przy ur. (g) _____ 59. Długość ciała (cm) _____ 60. Obwód głowy (cm) _____
 61. Który poród _____ 62. Która ciąża _____ 63. Czas trwania ciąży w tyg. _____
 64. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____
 65. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

Poród (T/N):

66. Fizjologiczny _____ 67. Cięcie cesarskie _____ 68. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

69. Samoistna _____ 70. Wspomagana _____
71. Uraz porodowy _____ 72. Niedotlenienie i resuscytacja _____
73. Ocena wg skali Apgar: _____ 5 min _____
74. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____
- _____
- _____
- _____

Inne dane z wywiadu:

75. Nietolerancja węglowodanów/cukrzyca – (T/N) – jeśli tak, podać rok rozpoznania i sposób leczenia _____
- _____
76. Przedłużające się infekcje górnych dróg oddechowych – (T/N) – jeśli tak to proszę podać opis _____
- _____
77. Bezdech w wywiadzie (T/N), jeśli tak to podać jak często występowały i jak długo trwały oraz wykonać badanie polisomnograficzne _____
78. Hipogonadyzm (T/N) _____ 79. Hipoglikemia (T/N) _____
80. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____
81. Jeśli TAK – wymień jakie: _____
- _____
82. Podaj także inne dane, np. kiedy spostrzeżono nadmierny przyrost masy ciała, zwolnienie tempa wzrastania, często powtarzające się choroby, szczególnie infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych oraz inne choroby _____
- _____
- _____
83. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____
- Jeśli TAK, to proszę podać w jakim okresie był leczony, jakim preparatem, w jakiej dawce oraz nanieść te dane na siatkę centylową załączoną do wniosku _____
- _____
- _____

D. Stan przedmiotowy:

84. Data badania: _____
85. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, stan odżywienia, budowa ciała, cechy dysmorfii, towarzyszące wady rozwojowe). _____
- _____
- _____
- _____

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

86. Data badania _____
87. Thelarche _____ 88. Pubarche _____ 89. Menarche (T/N) _____
90. Data pierwszej miesiączki _____
91. Jądro prawe (T/N) _____ 92. Brak _____
93. Jądro lewe (T/N) _____ 94. Brak _____
- Objętość jąder w ml: 95. Lewe _____ 96. Prawe _____
97. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: _____
- 1) wczesne 2) normalne 3) późne 4) nieznane
98. Czy pacjent otrzymywał leki wpływające na procesy dojrzewania płciowego (T/N) _____
99. Jeśli tak wymień jakie leki, w jakich dawkach i kiedy: _____
- _____
- _____

E. Badania dodatkowe, zgodnie z opisem programu:

Ocena rozwoju psychoruchowego/intelektualnego

100. Data badania: _____
101. Opis konsultacji psychologicznej z oceną rozwoju psychoruchowego/intelektualnego —
(z podaniem zastosowanej metody) _____
- _____
- _____
- _____

Badanie laryngologiczne z opinią odnośnie drożności górnych dróg oddechowych oraz ryzyka nocnych bezdechów

102. Data badania _____
103. Opis badania _____
- _____
- _____
- _____

Badanie genetyczne

104. Data badania _____ 105. Numer badania podany przez pracownię _____
106. Pracownia wykonująca badanie _____
- _____
107. Wynik badania _____
- _____
- _____
- _____

Badania obrazowe
Badania ultrasonograficzne

108. Data badania _____

109. Opis _____

Inne badania obrazowe

110. Data badania _____

111. Opis _____

Ocena przemian węglowodanowych:

112. Data pomiaru _____ 113. Glikemia przygodna _____

114. Data pomiaru _____ 115. Gliemia na czczo _____

116. Data pomiaru _____ 117. Odsetek glikowanej hemoglobiny A1c _____

118. Data pomiaru _____

119. Test doustnego obciążenia glukozą, z oznaczeniem glikemii i insulinemii

Czasy	0'	30'	60'	90'	120'	
Glikemia						jedn. _____
Insulinemia						jedn. _____

Ocena przemian lipidowych

120. Data pomiaru _____ 121. Stężenie triglicerydów _____

122. Data pomiaru _____ 123. Stężenie cholesterolu całkowitego _____

124. Data pomiaru _____ 125. Stężenie frakcji LDL cholesterolu _____

126. Data pomiaru _____ 127. Stężenie frakcji HDL cholesterolu _____

F. Badania hormonalne:

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

128. Data _____ 129. FT4 _____ jednostki _____

130. TSH _____ jednostki _____

131. Rozpoznano niedczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____

132. Substytucja (T/N) _____ jeśli tak podaj dawkę _____

Gonadotropiny w surowicy:

133. Data _____ 134. LH _____ jednostki _____

135. FSH _____ jednostki _____

IGF-I w surowicy:

136. Data _____ 137. IGF-I _____ jednostki _____

IGFBP₃ w surowicy:

138. Data _____ 139. IGFBP3 _____ jednostki _____

**Kortyzol
poranny:**

140. Data _____ 141. _____ jednostki _____

nocny:

142. Data _____ 143. _____ jednostki _____

Inne badania hormonalne:

144. Data wykonania _____

145. opis _____

146. Data wykonania _____

147. opis _____

G. Inne informacje:

148. Czy pacjent jest leczony dietetycznie (T/N) _____

149. Jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem _____

150. Inne badania wykonane u pacjenta

151. Czy pacjent jest poddany rehabilitacji (T/N) _____

152. Jeżeli tak to od kiedy, z jakim efektem i jaką metodą _____

153. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

Lekarz prowadzący:

154. Imię _____ 155. Nazwisko _____

156. Data _____

*nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko
kierownika jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez: rozpoznania potwierdzonego badaniem genetycznym, co najmniej 6 mies. okres obserwacji wzrastania i stanu odżywienia (BMI), arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania (siatki centylowe, z siatką centylową BMI), konsultacji laryngologa i psychologa, informacji na temat stosowanej diety i prowadzonej rehabilitacji, rtg śródreżcza do oceny wieku kostnego, pomiaru stężeń TSH, fT₄ i IGF-1 oraz oceny tolerancji węglowodanów po próbie obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii nie będzie rozpatrywany.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu wzrostu

IVB. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w Zespole Prader-Willi

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka, którego rodzicem lub opiekunem prawnym jestem, w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data_____ Podpis opiekuna _____

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).

IV B1. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w Zespole Prader-Willi u dziecka powyżej 16 roku życia i u osoby dorosłej

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.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data_____ Podpis pacjenta_____

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).

V A. Wzór wniosku o przydzielenie preparatu rhIGF-1 w leczeniu ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. STOSOWANIA HORMONU WZROSTU

WNIOSEK

o przydzielenie preparatu rhIGF-1 w leczeniu ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną na adres Zespołu Koordynacyjnego w celu oceny przez niezależnego recenzenta)

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL dziecka _____
4. Płeć M/K _____ 5. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i jednostka kierująca.

6. Imię _____ 7. Nazwisko _____
8. Data urodzenia _____

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

13. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

14. Imię _____ 15. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

16. Miejscowość _____ 17. Nr _____ 18. Kod _____
19. Poczta _____ 20. Ulica _____
21. Nr domu _____ 22. Nr mieszk. _____ 23. Województwo _____
24. Tel. dom. _____ 25. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

26. Pełna nazwa _____

27. Miejscowość _____ 28. Kod _____
29. ul. _____ 30. Nr _____
31. Tel. _____ 32. Fax _____
33. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

34. _____ 35. _____

*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*

B. Dane anksologiczne:

36. Wzrost _____ cm 37. centyl _____ 38. Data pomiaru _____
 39. hSDS _____
 40. Masa ciała _____ kg 41. centyl dla wieku wzrostowego _____
 42. BMI _____ 43. Wiek kostny _____ 44. Data rtg _____
 45. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

46. Wzrost _____ cm 47. Data I pomiaru _____
 48. Wzrost _____ cm 49. Data II pomiaru _____
 50. Tempo wzrastania _____ cm/rok

Rodzice:	Wzrost (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	Przebieg dojrzewania
Ojciec:	51. _____ cm / _____ centyl	52. _____	53. _____	54. _____ *)
Matka:	55. _____ cm / _____ centyl	56. _____	57. _____	58. _____ *)

*) prawidłowy – 1, przedwczesny – 2, opóźniony – 3, nieznany – 4

59. Wzrost rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wzrost	
				cm	cent.
1.					
2.					
3.					
4.					

C. Wywiad:

60. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 61. Długość ciała (cm) _____ 62. Obwód głowy (cm) _____
 63. Który poród _____ 64. Która ciąża _____ 65. Czas trwania ciąży w tyg. _____
 66. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), gdy NIE należy wypełnić pkt 67.
 67. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

Poród (T/N):

68. Fizjologiczny, _____ 69. Cięcie cesarskie _____ 70. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

71. Samoistna _____ 72. Wspomagana _____
 73. Uraz porodowy _____ 74. Niedotlenienie i resuscytacja _____
 75. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____

76. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

77. Cukrzyca – (T/N) – jeśli TAK, podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____,

78. Hipogonadyzm – (T/N) _____

79. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

Jeśli TAK – wymień rodzaj choroby / chorób oraz leki, szczególnie takie które mogą hamować procesy wzrastania _____

80. Podaj także inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, bóle głowy, zaburzenia widzenia, często powtarzające się choroby i inne nieprawidłowości _____

81. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu lub rhIGF-1? (T/N) _____

Jeśli TAK, to proszę podać od kiedy, jak długo, jaki preparat i w jakich dawkach (dane te proszę zaznaczyć także na siatce centylowej. Jeżeli tak to proszę podać opis _____

D. Stan przedmiotowy:

82. Data badania: _____

83. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe).

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

84. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: _____

1) wczesne

2) normalne

3) późne

4) nieznane

85. Data badania _____ 86. Thelarche _____ 87. Pubarche _____

88. Menarche (T/N) _____ 89. Data pierwszej miesiączki _____

90. Jądro prawe (T/N) _____ 91. Brak _____

92. Jądro lewe (T/N) _____ 93. Brak _____

Objętość jąder w ml: 94. Lewe _____ 95. Prawe _____

96. Stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera _____

E. Badania obrazowe:**MRI (NMR) lub TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej**

97. Data badania _____

98. Opis _____

_____**USG serca**

99. Data badania _____

100. Opis wyniku badania _____
_____101. Konsultacja kardiologiczna (proszę podać datę i opis) _____
_____102. Konsultacja okulistyczna z oceną dna oka (proszę podać datę i opis) _____
_____103. Inne zastosowane badania obrazowe, np. USG, itp. (T/N), _____ jeśli T – podać daty i wyniki tych badań:
_____**F. Inne, niż hormonalne, badania dodatkowe, zgodnie z opisem programu**

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 lub wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu).

104. Wyniki tych badań z podaniem daty: _____

_____**G. Badania hormonalne:**

105. Test nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (stężenia GH w surowicy)

	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
GH						

podać co najmniej 5 pomiarów stężeń GH

Testy stymulujące sekrecję GH:**TEST 1.**

106. Data wykonania _____

107. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii)

108. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

TEST 2.

109. Data wykonania _____

110. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii)

111. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

Ocena przemian węglowodanowych

112. Data pomiaru _____ 113. Glikemia przygodna _____

114. Data pomiaru _____ 115. Glikemia na czczo _____

116. Data pomiaru _____ 117. Odsetek glikowanej hemoglobiny A_{1c} _____

118. Test doustnego obciążenia glukozą, z oznaczeniem glikemii i insulinemii

119. Data pomiaru _____

Czasy	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
Glikemia						
Insulinemia						

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

120. Data _____ 121. TSH _____ jednostki _____

122. FT4 _____ jednostki _____

123. Niedoczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____

124. Substytucja (T/N): _____ 125. podaj dawkę leku _____

Test z LH-RH lub badanie podstawowe gonadotropiny w surowicy:

Gonadotropiny w surowicy:

126. Data _____ 127. LH _____ jednostki _____

128. FSH _____ jednostki _____

129. Rozpoznano niedobór LH, FSH: (T/N) _____ Rok rozpoznania: _____ 130. Substytucja (T/N): _____

Prolaktyna w surowicy:

131. Data: _____ 132. Stężenie PRL _____ jednostki _____

Kortyzol w surowicy:

133. Data _____

134. Uzyskane wartości:

stężenie poranne _____ godz. _____ jedn.: _____

wieczorne / nocne _____ godz. _____ jedn.: _____

ACTH w surowicy:

135. Data _____

136. Uzyskane wartości: _____ godz. _____ jedn. _____

IGF-I w surowicy:

137. Data _____ 138. Uzyskane wartości: _____ jedn. _____

Test generacji somatomedyn:

139. Data _____

140. Opis rodzaju testu _____

141. Opis wyniku _____

IGFBP-3 w surowicy:

142. Data _____ 143. Uzyskane wartości: _____ jedn. _____

144. Inne badania i konsultacje ważne do postawienia rozpoznania _____

145. Wynik badań genetycznych (molekularnych) – receptora hormonu wzrostu, genu kodującego syntezę IGF-1, promotora tego genu _____

146. Konsultacja genetyczna _____

H. Rozpoznanie:

147. Potwierdzone badaniem genetycznym (T/N) _____

148. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu rhIGF-1:

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii rhIGF-1 pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe.

Lekarz prowadzący:

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

*nadruk lub pieczęćka zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczęćka zawierające imię i nazwisko kierownika
jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez co najmniej oceny nocnego wyrzutu hormonu wzrostu, oznaczeń stężeń glukozy, insuliny, TSH, fT₄ i IGF-I, IGFBP₃, testu generacji somatomedyn, oceny wieku kostnego (z załączeniem RTG śródreżcza) oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania (siatki centylowe), wyniku konsultacji laryngologicznej z oceną audiogramu oraz konsultacji kardiologicznej z oceną USG serca, a w przypadkach

wątpliwych bez wyniku badań molekularnych receptora GH, genu kodującego syntezę IGF-1, promotora tego genu nie będzie rozpatrywany.

2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych z w/w badań, a jednak koniecznych do rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka koordynującego.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu wzrostu.

VB. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu rhIGF-1 w leczeniu ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka, którego rodzicem lub opiekunem prawnym jestem, w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie preparatem rekombinowanego ludzkiego IGF-1 mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data _____ Podpis opiekuna _____

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).

VI A. Wzór wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w niskorosłości w następstwie SGA lub IUGR

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. STOSOWANIA HORMONU WZROSTU

WNIOSEK

o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w niskorosłości w następstwie SGA lub IUGR

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną na adres Zespołu Koordynacyjnego w celu oceny przez niezależnego recenzenta)

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL dziecka _____

4. Płeć M/K _____ 5. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i jednostka kierująca.

6. Imię _____ 7. Nazwisko _____

8. Data urodzenia _____

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

13. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

14. Imię _____ 15. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

16. Miejscowość _____ 17. Nr _____ 18. Kod _____

19. Poczta _____ 20. Ulica _____

21. Nr domu _____ 22. Nr mieszk. _____ 23. Województwo _____

24. Tel. dom. _____ 25. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

26. Pełna nazwa _____

27. Miejscowość _____ 28. Kod _____

29. ul. _____ 30. Nr _____

31. Tel. _____ 32. Fax _____

33. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

34. Imię _____ 35. Nazwisko _____

*nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko
kierownika jednostki oraz jego podpis*

B. Dane auksologiczne:

36. Wzrost _____ cm 37. centyl _____ 38. Data pomiaru _____
 39. hSDS _____
 40. Masa ciała _____ kg 41. centyl dla wieku wzrostowego _____
 42. BMI _____ 43. Obwód głowy _____ cm 44. Obwód głowy _____ centyl
 45. Obwód klatki piersiowej _____ cm 46. Obwód klatki piersiowej _____ centyl
 47. Wiek kostny _____ 48. Data rtg _____
 49. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

50. Wzrost _____ cm 51. Data I pomiaru _____
 52. Wzrost _____ cm 53. Data II pomiaru _____
 54. Tempo wzrastania _____ cm/rok 55. SD do wieku metrykalnego _____

Rodzice:	Wzrost (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	Przebieg dojrzewania
Ojciec:	56. _____ cm / _____ centyl	57. _____	58. _____	59. _____ *)
Matka:	60. _____ cm / _____ centyl	61. _____	62. _____	63. _____ *)

*) prawidłowy – 1, przedwczesny – 2, opóźniony – 3, nieznany – 4

64. Wzrost rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wzrost	
				cm	cent.
1.					
2.					
3.					
4.					

C. Wywiad:

65. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 66. SD do wieku ciążowego _____
 67. Długość ciała (cm) _____ 68. SD do wieku ciążowego _____
 69. Obwód głowy (cm) _____ 70. SD do wieku ciążowego _____
 71. Obwód klatki piersiowej (cm) _____ 72. SD do wieku ciążowego _____

* Proszę wpisać nazwę siatek, do których odnoszono masę i długość ciała

73. Który poród _____ 74. Która ciąża _____ 75. Czas trwania ciąży w tyg. _____
 76. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy NIE to proszę opisać _____

77. W przypadku, gdy w czasie ciąży wykonywano USG to proszę wpisać, w którym tygodniu i jak oceniono rozwój/wzrastanie płodu (opis) _____

Poród (T/N):

78. Fizjologiczny, siłami natury _____ 79. Pośladowy _____
80. Cięcie cesarskie _____ 81. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

82. Samoistna _____ 83. Wspomagana _____
84. Uraz porodowy _____ 85. Niedotlenienie i resuscytacja _____
86. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____
87. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

Inne dane z wywiadu:

88. Wady wrodzone (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rodzaj wad, wiek dziecka, w którym rozpoznano wady i rodzaj leczenia _____
89. Cechy dysmorficzne (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rodzaj, wiek dziecka, w którym je rozpoznano _____
90. Jeżeli w przypadku wad lub cech dysmorficznych Tak, to czy u dziecka wykonano badanie genetyczne (T/N) – jeśli Tak, podać opis _____
91. Upośledzona tolerancja węglowodanów (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____
92. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____
93. Alergie / egzema – (T/N) _____
94. Jeśli tak to proszę podać rodzaj manifestacji choroby i sposób jej leczenia, szczególnie czasu leczenia glikokortykoidami, z podaniem sumarycznej ich dawki _____
95. Hipogonadyzm – (T/N) _____
96. Hipoglikemia – (T/N) _____ Jeżeli tak to jak często, jaka była najniższa wartość glikemii, czy z tego powodu dziecko było hospitalizowane / diagnozowane (opis): _____

97. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

Jeśli Tak to proszę wymienić rodzaj chorób oraz leki, szczególnie takie, które mogą upośledzać procesy wzrastania _____

98. Podaj także inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, często powtarzające się choroby i inne nieprawidłowości _____

99. Zabiegi operacyjne (T/N) _____ Opis _____

100. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____

Jeśli TAK, to proszę podać od kiedy, jak długo, jaki preparat i w jakich dawkach (dane te proszę zaznaczyć także na siatce centylowej) _____

D. Stan przedmiotowy:

101. Data badania: _____

102. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe, cechy dysmorficzne). _____

Ciśnienie tętnicze

103. Data badania _____ 104. skurczowe _____ 105. rozkurczowe _____

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

106. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: _____

1) wczesne

2) normalne

3) późne

4) nieznane

107. Stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera _____

E. Konsultacje:

108. Konsultacja psychologiczna. Data badania _____ Opis. _____

109. Konsultacja okulistyczna. Data badania _____ Opis. _____

110. Inne konsultacje. Data badania _____ Opis. _____

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej

111. Data badania _____

112. Opis _____

USG układu sercowo-naczyniowego

113. Data badania _____

114. Opis _____

MRI (NMR) lub TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej

115. Data badania _____

116. Opis _____

117. Inne badania obrazowe, np. USG, itp. (T/N), _____ jeśli TAK – to proszę podać daty i wyniki tych badań:

G. Inne, niż hormonalne, badania dodatkowe, zgodnie z opisem programu

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla wykluczenia innych aniżeli SGA lub IUGR przyczyn niedoboru wzrostu).

118. Stężenie triglicerydów Data badania _____ Wynik _____ Jednostki _____

119. Stężenie całkowitego cholesterolu Data badania _____ Wynik _____ Jednostki _____

120. Stężenie HDL cholesterolu Data badania _____ Wynik _____ Jednostki _____

121. Stężenie LDL cholesterolu. Data badania _____ Wynik _____ Jednostki _____

122. Odsetek HbA_{1c} Data badania _____ Wynik _____

123. Jonogram surowicy krwi Data badania _____ Na _____ Ca _____

124. Morfologia krwi z rozmazem _____ Data badania _____ Wynik _____

125. Test doustnego obciążenia glukozą _____ Data badania _____

	0'	30'	60'	120'	jedn.
Insulinemia					
Glikemia					

126. Wyniki innych badań z podaniem daty:

H. Badania hormonalne:

127. Test nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (stężenia GH w surowicy)

	0'	30'	60'	120'	jedn.
GH					

proszę podać co najmniej 5 pomiarów stężeń GH

Testy stymulujące sekrecję GH:

TEST 1.

128. Data wykonania _____

129. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii) _____

130. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

TEST 2.

131. Data wykonania _____

132. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii) _____

133. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

134. Data pomiaru _____ 135. TSH (T/N) _____ Jednostki _____

136. fT4 (T/N) _____ Jednostki _____

137. fT3 (T/N) _____ Jednostki _____

138. Niedoczynność tarczycy: (T/N) _____ 139. Rok rozpoznania _____

140. Substytucja (T/N): _____ 141. podaj dawkę leku _____

Gonadotropiny w surowicy:

142. Data _____ 143. LH _____ jednostki _____

144. Data _____ 145. FSH _____ jednostki _____

146. Rozpoznano niedobór LH, FSH: (T/N) _____ Rok rozpoznania: _____ 147. Substytucja (T/N): _____

Prolaktyna w surowicy:

148. Data pomiaru _____ 149. Stężenie PRL _____ Jednostki _____

Kortyzol w surowicy:

150. Data pomiaru _____

151. Uzyskane wartości stężeń:

stężenie poranne _____ godz. _____ jedn. _____

wieczorne / nocne _____ godz. _____ jedn. _____

ACTH w surowicy:

152. Data pomiaru _____ godz. _____

153. Uzyskane wartości stężeń: _____ jedn. _____

IGF-I w surowicy:

154. Data pomiaru _____ 155. Uzyskane wartości _____ jedn.: _____

IGFBP-3 w surowicy:

156. Data pomiaru _____ 157. Uzyskane wartości _____ jedn.: _____

158. Inne badania ważne do postawienia rozpoznania _____

159. Zabiegi neurochirurgiczne lub inne operacje: (T/N) _____ jeśli tak to proszę podać kiedy był zabieg i opisać rodzaj zabiegu _____

I. Rozpoznanie:

160. Proszę podać okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia hormonu wzrostu _____

Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej.

Lekarz prowadzący:

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

*nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko lekarza
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania
zawodu oraz jego podpis*

*nadruk lub pieczęć zawierające imię i nazwisko kierownika
jednostki oraz jego podpis*

UWAGA!

1. Wniosek bez wymaganych badań, w tym pomiaru stężenia IGF-I oraz oceny wieku kostnego (z załączeniem RTG śródreżcza), wyniku obrazowania okolicy podwzgórzowo – przysadkowej oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania (siatki centylowe) nie będzie rozpatrywany.

2.W przypadku braku możliwości wykonania niektórych badań, a jednak koniecznych do rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka koordynującego.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu wzrostu

VI B. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w niskorosłości w następstwie SGA lub IUGR.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych dziecka, którego rodzicem lub opiekunem prawnym jestem, w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Data _____

Podpis opiekuna _____

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).

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do programu zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B oraz weryfikację jego efektów

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do programu zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B oraz weryfikacja jego efektów
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) D 66 - Dziedziczny niedobór czynnika VIII; 2) D 67 - Dziedziczny niedobór czynnika IX
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 zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub pediatrii, lub onkologii i hematologii 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.
1.8	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 - porada lekarska, konsultacja, asysta

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS) oraz weryfikację jego skuteczności

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS) oraz weryfikacja jego skuteczności,
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS),
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	D 59.3 - Zespół hemolityczno-mocznicowy
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii dziecięcej lub nefrologii, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub hematologii, lub transplantologii, lub pediatrii
1.7	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego; 2) kwalifikacja i weryfikacja skuteczności leczenia w zakresie atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS) 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 - porada lekarska, konsultacja, asysta

Załącznik Nr 18 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za weryfikację skuteczności leczenia nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH)

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	weryfikacja skuteczności leczenia nocnej napadowej hemoglobinurii
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH)
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	D 59.5 - Nocna napadowa hemoglobinuria
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub pediatrii
1.7	zasady weryfikacji skuteczności leczenia chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria weryfikacji zostały określone w opisie programu lekowego; 2) weryfikacja skuteczności leczenia w zakresie nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH) 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 - porada lekarska, konsultacja, asysta

Załącznik Nr 19 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni oraz weryfikację jego skuteczności

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	G12.0 – Rdzeniowy zanik mięśni, postać dziecięca, typ I [Werdniga-Hoffmana] G12.1 - Inne dziedziczne zaniki mięśni pochodzenia rdzeniowego
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni.
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii, neurologii dziecięcej, genetyki klinicznej
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 – porada lekarska, konsultacja, asysta

Załącznik Nr 20 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry wismodegibem oraz weryfikację jego skuteczności

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorych na zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry wismodegibem oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry wismodegibem
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	C44 - Inne nowotwory złośliwe skóry
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. leczenia chorych na raka podstawnokomórkowego skóry.
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub onkologii klinicznej, lub chirurgii onkologicznej, lub radioterapii onkologicznej
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 – porada lekarska, konsultacja, asysta

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

1.	Charakterystyka świadczenia	
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 – porada lekarska, konsultacja, asysta

Załącznik Nr 22 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym oraz weryfikację jego efektów

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym oraz weryfikacja jego efektów
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym (ICD-10 C47.9)
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	C47.9 – układ nerwowy wegetatywny, umiejscowienie nieokreślone
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. leczenia dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii 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.
1.8	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 – badanie i porada lekarska, konsultacja.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia hormonem wzrostu w programie lekowym Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia w programie lekowym Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie
1.2	zakres świadczenia – program lekowy objęty kwalifikacją przez zespół koordynacyjny	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	E 23.0 – niedoczynność przysadki
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży po Zakończeniu Promującej Wzrastanie
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej
1.7	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego wymienionego w pkt 1.2; 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 — porada lekarska, konsultacja, asysta

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia tisagenlecleucelem w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną oraz weryfikację jego skuteczności

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia tisagenlecleucelem chorych na nawrotową/oporną ostrą białaczkę limfoblastyczną
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	C91.0 – ostra białaczka limfoblastyczna
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej lub transplantologii klinicznej
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 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 dla kwalifikacji pacjenta do terapii tisagenlecleucelem
przez Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T**

**Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia z zastosowaniem terapii
tisagenlecleucelem w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę
limfoblastyczną**

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko	PESEL
-----------------	-------

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Leczenie dotyczy: pacjenci w wieku do 25 lat nawrotowej lub opornej ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek B

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Kryteria kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucelem

Warunki (1-5) oraz kryteria funkcjonalne (punkt 6):	TAK	NIE
1) drugi lub kolejny nawrót w szpiku kostnym;		
2) nawrót (w szpiku kostnym) po przeszczepieniu allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 4 miesiącach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem tisagenlecleucelu;		
3) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) po 2 cyklach standardowej chemioterapii lub chemiooporność definiowana jako nieosiągnięcie CR po jednym cyklu leczenia reindukującego stosowanego w nawrocie ALL;		
4) ALL z obecnym chromosomem Philadelphia z nietolerancją lub z niepowodzeniem co najmniej dwóch linii leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej (TKI) albo przeciwskazania do terapii TKI;		
5) brak kwalifikacji do allo-HSCT ze względu na choroby współistniejące, przeciwwskazania do leczenia kondycjonującego przed allo-HSCT, brak odpowiedniego dawcy lub wcześniejsze allo-HSCT.		
6) kryteria funkcjonalne pacjenta muszą być spełnione łącznie: 6a) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 m ² albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci);		
6b) aktywność aminotransferazy alaninowej ≤ 5 razy powyżej górnej granicy normy dla wieku;		
6c) stężenie bilirubiny <2,0 mg/dl;		

6d) funkcja skurczowa lewej komory $\geq 28\%$ potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory $\geq 45\%$ potwierdzona za pomocą echokardiogramu;		
6e) stan sprawności wg skali Karnofsky'ego (wiek ≥ 16 lat) lub Lansky'ego (wiek < 16 lat) ≥ 50 ;		
6f) przewidywany czas przeżycia pacjenta co najmniej 12 tygodni od momentu kwalifikacji do programu.		

Przeciwwskazania do włączenia do programu:

Warunki	TAK	NIE
1) ciąża lub karmienie piersią;		
2) izolowana pozaszpikowa wznova ALL		
3) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego przez ALL;		
4) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;		
5) zakażenie HIV;		
6) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B,C;		
7) współistnienie wrodzonych chorób genetycznych przebiegających z upośledzoną czynnością szpiku, takich jak niedokrwistość Fanconiego, zespół Kostmanna, zespół Schwachmana-Diamonda i innych		
8) przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) w stopniu 2-4		
9) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: fludarabina i cyklofosfamid lub cytarabina i etopozyd.		

Ocena statusu choroby:

Badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych i/lub ocena molekularna szpiku kostnego dokumentująca oporność/nawrót choroby (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Badania obrazowe centralnego układu nerwowego (CT lub NMR) (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań obrazowych):

.....

Ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach) (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (należy podać stosowane jednostki i zakres normy):

PT:

aPTT:

INR:

Fibrynogen:

D-dimery:

Oznaczenie stężenia immunoglobuliny G:

Pozostałe badania oceniające funkcje innych narządów:

Echo serca lub MUGA (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

EKG (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

Aktywność ALT:, AST:; stężenie bilirubiny:.....

Stężenie kreatyniny: ; eGFR:

Morfologia krwi (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

Inne:

- Oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B:

HBsAg:

anty-HBc:

anty-HBs:

HBV DNA (w przypadku dodatnich anty-HBc):

- Oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C:

anty-HCV:

HCV RNA (w przypadku dodatnich anty-HCV):

- Wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV:

anty-HIV:

- Test ciążowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę):

Epikryza:

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

Wyniki innych badań oraz informacje o stanie klinicznym istotne z punktu widzenia kwalifikacji do leczenia w programie lekowym:

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

Data:

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

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia z zastosowaniem terapii
tisagenlecleucelem w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę
limfoblastyczną**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. CAR-T:

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Lek: Kymriah

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:

.....

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. CAR-T

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 tisagenlecleucelem w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną

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 tisagenlecleucelem 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).

Załącznik Nr 25 do zarządzenia Nr 16/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 11 lutego 2022 r.

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

1.	Charakterystyka świadczenia	
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 pacjentów z chorobą 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
1.8	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 - porada lekarska, konsultacja, asysta

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na raka kolczystokomórkowego skóry

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorych na raka kolczystokomórkowego skóry
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie raka kolczystokomórkowego skóry
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	Rak kolczystokomórkowy skóry - C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację do leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Kolczystokomórkowego Skóry
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów
1.7	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego; 2) kwalifikacja do 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. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do terapii cemiplimabem
przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Kolczystokomórkowego Skóry**

**Wniosek o kwalifikację do leczenia w programie leczenia chorych na
zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem (ICD-10:
C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9)**

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko	PESEL
-----------------	-------

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta:

Kryteria kwalifikacji do leczenia

Warunki (1-6) oraz kryteria funkcjonalne (7-12):	TAK	NIE
1) Histologicznie potwierdzona obecność raka kolczystokomórkowego skóry		
2) Obecność przerzutów		
3) Stadium miejscowo-zaawansowane		
4) Brak kwalifikacji do radykalnego leczenia chirurgicznego		
5) Brak kwalifikacji do radykalnej radioterapii		
6) pacjent/ka w wieku rozrodczym spełnia wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej ChPL		
7) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (GGN) lub w przypadku pacjentów z udokumentowanym zespołem Gilberta nieprzekraczające 3-krotnie GGN		
8) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie GGN,		
9) stężenie kreatyniny w surowicy nieprzekraczające 2,0 mg/dL		
10) stężenie hemoglobiny co najmniej 8,5 g/dl		
11) liczba neutrofilii (ANC) co najmniej 1000/ μ l		
12) liczba płytek krwi co najmniej 75000/ μ l;		

Przeciwwskazania do włączenia do programu:

Warunki	TAK	NIE
1) ciąża		
2) karmienie piersią		
3) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą		
4) nieprzestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego przez pacjenta/tkę w wieku rozrodczym		
5) obecność innych przeciwwskazań do zastosowania cemiplimabu zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego		

Ocena statusu choroby:

Badanie przedmiotowe (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Badanie sprawności w skali ECOG (0-5)

.....

Ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala) (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Badania obrazowe centralnego układu nerwowego (CT lub MR) w przypadku wskazań klinicznych, dla głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych, ocena RECIST 1.1; (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań obrazowych):

.....

Inne badania (w razie wskazań klinicznych) (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Wyniki badań czynności wątroby (należy podać stosowane jednostki i zakres normy):

Bilirubina całkowita:

AlAT:

AspAT:

Wynik czynności nerek (należy podać stosowane jednostki i zakres normy):

Kreatynina w surowicy:

Wyniki czynności szpiku kostnego (należy podać stosowane jednostki i zakres normy):

Hemoglobina:

Neutrofile:

Płytki krwi:

Pozostałe badania (należy podać stosowane jednostki i zakres normy):

TSH:

FT4:

Test ciążowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę):

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

Data:

.....

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

..... dnia.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Chorych na Raka Kolczystokomórkowego Skóry :

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:

.....
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego

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 LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA KOLCZYSTOKOMÓRKOWEGO SKÓRY CEMIPILIMABEM

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 cemipilimabem 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).

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację
do leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży
w wieku od 12 lat**

1.	Charakterystyka świadczenia	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	Porfiria wątrobową (AHP) (ICD-10: E80.2)
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację do leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP)
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub gastroenterologii dziecięcej
1.7	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego; 2) kwalifikacja do 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. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do terapii givosyranem sodowym przez Zespół Koordynacyjny ds. leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP).

Wniosek o kwalifikację do leczenia w programie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat (ICD-10: E80.2)

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko	PESEL
-----------------	-------

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

1. Wiek pacjenta:
2. Wzrost:
3. Masa ciała:
4. BMI:
5. Ciśnienie tętnicze:
6. Częstość akcji serca:
7. Ocena jakości życia w skali PCS SF-12:
8. Sprawność w skali ECOG (0-5):
9. Badanie przedmiotowe (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):
.....
.....
.....
.....
.....

Kryteria kwalifikacji do leczenia:

1. Porfiria wątrobową:
 - ☐ AIP – ostra porfiria przerywana: mutacja w genie HMBS
 - ☐ HCP – dziedziczna koproporfiria: mutacja w genie CPOX
 - ☐ VP – porfiria mieszana: mutacja w genie PPOX
 - ☐ ADP – porfiria z niedoborem dehydratazy kwasu aminolewulinowego: mutacja w genach homozygotycznych lub złożonych genów heterozygotycznych ALAD

- ☐ cechy kliniczne pacjenta oraz diagnostyczne kryteria biochemiczne wskazujące na AHP, nawet jeżeli wyniki badań genetycznych pacjenta nie wykazały mutacji w genie związanym z porfirią (<5%)
2. Liczba ataków porfirii wymagających hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu:.....

Badania laboratoryjne (można wprowadzić wyniki badań lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

Parametr	Wynik
PGB	
ALA	
Badania biochemiczne	
sód	
potas	
mocznik	
fosforany	
kreatynina	
eGFR	
albumina	
kwask moczowy	
wapń	
białko całkowite	
glukoza	
stężenie jonów chlorkowych	
lipaza	
amylaza	
ferrytyna	
Badania czynności wątroby	
AspAT	
ALAT	
ALP	
bilirubina całkowita	
bilirubina bezpośrednia	
Koagulogram	
czas protrombinowy (PT)	
czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)	
ocena D-dimerów	
międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR)	
Morfologia krwi z rozmazem	
krwinki białe (WBC)	
erytrocyty (RBC)	
hemoglobina (HGB)	
hematokryt (HCT)	
średnia objętość krwinek czerwonych (MCV)	
średnia zawartość hemoglobiny (MCH)	

średnie stężenie hemoglobiny (MCHC)	
RDW-SD	
RDW-CV	
trombocyty (PLT)	
PDW	
MPV	
P-LCR	
PCT	
neutrofile (NEUT)	
limfocyty (LYMPH)	
monocyty (MONO)	
eozynofile (EOS)	
bazofile (BASO)	
niedojrzałe granulocyty	
neutrofile (NEUT)	
limfocyty (LYMPH)	
monocyty (MONO)	
eozynofile (EOS)	
bazofile (BASO)	
niedojrzałe granulocyty	
Badanie ogólne moczu	
barwa	
przejrzystość	
pH	
ciężar właściwy	
białko	
glukoza	
ciała ketonowe	
albumina	
bilirubina	
azotyny	
erytrocyty	
erytrocyty (w polu widzenia)	
leukocyty (w polu widzenia)	
Inne	
beta hCG	
badanie w kierunku HIV	
badanie w kierunku HBV	
badanie w kierunku HCV	

Przeciwwskazania do włączenia do programu:

Przeciwwskazanie	TAK	NIE
ALT >2×GGN		
bilirubina całkowita (TBL)>1,5×GGN (dla pacjentów z zespołem Gilberta TBL>2xGGN)		
INR>1,5 (dla pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe INR>3,5)		
eGFR <15ml/min/1,73m2 przy zastosowaniu wzoru MDRD		
reakcje alergiczne na oligonukleotyd lub GalNAc w wywiadzie		

nietolerancja iniekcji podskórnych w wywiadzie		
aktywne zakażenie HIV lub potwierdzone obecne lub przewlekłe zakażenie HCV lub HBV		
cięża lub planowanie ciąży w trakcie leczenia		
karmienie piersią		
stan który w opinii lekarza sprawiłby, że pacjent mógłby nie przyjąć odpowiedniej dawki lub który mógłby zakłócać zgodność, bezpieczeństwo pacjenta lub udział pacjenta w programie		
nawracające zapalenie trzustki lub ostre zapalenie trzustki w wywiadzie z aktywnością choroby w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed kwalifikacją do programu		

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

Data:

.....

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

..... dnia.....

Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP):

Pan/Pani:

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko:PESEL:

Świadczeniodawca wnioskujący:

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:

.....
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego

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 LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ PORFIRIĘ WĄTROBOWĄ (AHP) U DOROSŁYCH I MŁODZIEŻY W WIEKU OD 12 LAT

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 giwosyranem sodowym 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).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

Nazwa zarządzenia: Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe Kontakt do opiekuna merytorycznego zarządzenia: Iwona Kasprzak Dyrektor Departamentu Gospodarki Lekami tel.: 22/ 572 61 89	Data sporządzenia: 9 lutego 2022 r.
--	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1) Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

2) Mając na uwadze liczne zmiany dotychczas obowiązującego zarządzenia Nr 162/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, związane z dostosowaniem przepisów do obwieszczeń Ministra Zdrowia (wydawanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.), zaistniała konieczność wydania nowego zarządzenia.

3) W niniejszym zarządzeniu, w porównaniu do dotychczas obowiązującej regulacji, wprowadzono zmiany wynikające z obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2021 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 100).

4) Zmieniono brzmienie § 9 pkt 4, § 10 pkt 2 oraz § 19 zarządzenia w związku z dodaniem do obwieszczenia refundacyjnego programu lekowego: „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat” oraz koniecznością kwalifikacji pacjentów do terapii przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP).

5) W załączniku nr 1m do zarządzenia, określającym Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych, poprzez:

a) dodanie substancji czynnej 5.08.09.0000030 Imatinibum, do wykazu substancji czynnych, których średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia, w związku z objęciem refundacją odpowiednika leku;

b) przeniesienie kodów GTIN:

- 05909990777938 Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml;
- 05909990880881 Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml

z produktu rozliczeniowego 5.08.09.0000018 Etanerceptum do nowego produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000216. Wydzielenie odrębnego kodu świadczenia dla substancji czynnej etanerceptum wynika z wyodrębnienia w/w GTIN do osobnej grupy limitowej w obwieszczeniu Ministra Zdrowia.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji i oczekiwany efekt

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ są zobowiązani do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

3. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Ilość	Źródło danych	Oddziaływanie
Oddziały Wojewódzkie NFZ	16	-	Zawieranie oraz aneksowanie umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.
Świadczeniodawcy	-	-	Zapewnienie finansowania ze środków

			publicznych leków refundowanych w ramach programów lekowych.
4. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji			
<p>Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.</p> <p>W dniach od 3 stycznia 2022 r. do 17 stycznia 2022 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie programu lekowe.</p> <p>W trakcie konsultacji do ww. projektu zarządzenia odniosły się 22 podmioty (w tym 3 oddziały wojewódzkie NFZ), spośród których 8 nie zgłosiło uwag, a 8 zgłosiło uwagi po wyznaczonym terminie.</p> <p>Łącznie otrzymano 76 stanowisk do przedmiotowego projektu, w tym 68 zawierających uwagi oraz 8 informujących o ich braku. Z przesłanych 68 uwag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9 uznano jako zasadne, - 11 wymaga dalszej analizy, - 29 oceniono jako niezasadne, - 19 zostało zgłoszonych po wyznaczonym terminie, w związku z czym nie podlegały one rozpatrzeniu. <p>Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą:</p> <p>1) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na usunięciu uwagi o treści „Technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności finansowana z Funduszu Medycznego”, odnoszącej się do programu lekowego B.128FM Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat, w związku z uwagą zgłoszoną przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ,</p> <p>2) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych w zakresie programu B.128FM „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat”:</p> <p>a) w części „lekarze – pozostałe” dookreślenie zapisu odnoszącego się do wymaganego doświadczenia świadczeniodawcy w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na ostrą porfirię wątrobową, w związku z uwagą zgłoszoną przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ oraz Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ,</p> <p>b) w części „zapewnienie realizacji badań” usunięcie badań: USG, tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego oraz EKG, zgodnie z uwagami zgłoszonymi przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ.</p>			
5. Skutki finansowe			
<p>Zwiększenie kwoty refundacji produktów leczniczych zawartych w katalogu leków refundowanych stosowanych w programach lekowych ze względu na objęcie refundacją nowych substancji czynnych:</p> <ul style="list-style-type: none"> - niraparibum w programie lekowym B.50. „Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej”, - ustekinumab w programie lekowym B.55. „Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)”, - giwosyran w nowym programie lekowym B.128.FM. „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat” - technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności finansowana z Funduszu Medycznego. 			
6. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego			
Wprowadzenie do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.			
7. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów zarządzenia oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?			
Ewaluacja efektów zarządzenia nastąpi po wprowadzeniu do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.			

Uzasadnienie

Zarządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), na mocy którego Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązany jest do określenia przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego.

Projektowane zmiany wpisują się w kluczowe dla Narodowego Funduszu Zdrowia cele określone w Strategii na lata 2019-2023 jak: (cel 2) poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz (cel 5) poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej.

Mając na uwadze liczne zmiany dotychczas obowiązującego zarządzenia Nr 162/2020/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowego, związane z dostosowaniem przepisów do obwieszczeń Ministra Zdrowia, wydawanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o refundacji”, zaistniała konieczność wydania nowego zarządzenia.

W niniejszym zarządzeniu, w porównaniu do dotychczas obowiązującej regulacji, wprowadzono zmiany wynikające z obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2022 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 100).

Najważniejsze zmiany dotyczą:

1) brzmienia § 9 pkt 4, § 10 pkt 2 oraz § 19 zarządzenia w związku z dodaniem do obwieszczenia refundacyjnego programu lekowego: „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat” oraz koniecznością kwalifikacji pacjentów do terapii przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP);

2) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na:

a) dodaniu kodu zakresu 03.0000.428.02 „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat”,

b) zmianie nazwy kodu zakresu 03.0000.332.02 z „Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna” na „Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna”,

– w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

3) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego Katalog ryczałów za diagnostykę i polegają na:

a) dodaniu kodów świadczeń:

- 5.08.08.0000169 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat – 1 rok terapii”,

- 5.08.08.0000170 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat – 2 i kolejny rok terapii”,

b) zmianie nazwy świadczenia o kodzie:

- 5.08.08.0000040 z „Diagnostyka w programie leczenia choroby Leśniowskiego-Crohna” na „Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna”,

- 5.08.08.0000117 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – bewacyzumab (1 i kolejny rok terapii), olaparyb (1 rok terapii)” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – bewacyzumab (1 i kolejny rok terapii), olaparyb (1 rok terapii), niraparyb (1 rok terapii)”,

- 5.08.08.0000118 z „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 2 i kolejne lata terapii olaparybem” na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 2 i kolejne lata terapii olaparybem lub niraparybem”,

– w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

c) wykreśleniu świadczenia o kodzie 5.08.08.0000078 Diagnostyka w programie leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), z uwagi na zastąpienie świadczeniami o kodach 5.08.08.0000154 oraz 5.08.08.0000155.

4) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych i polegają na:

a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000030 Imatinibum - GTIN: 05909991053895, 05909991053963, 05909991051181, 05909991051259,

- 5.08.09.0000057 Sorafenibum - GTIN: 05909991423711,

- 5.08.09.0000167 Baricitinibum - GTIN: 03837000170740,

b) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:

- 5.08.09.0000217 Niraparibum – GTIN: 05909991425487, 05909991425494,

- 5.08.09.0000218 Givosiranum – GTIN: 08720165814046,

c) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000032 Immunoglobulinum humanum – GTIN: 05909990049868,

- 5.08.09.0000033 Infliximabum – GTIN: 05909991078881

– w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,

d) dodaniu substancji czynnej 5.08.09.0000030 Imatinibum, do wykazu substancji czynnych, których średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia, w związku z objęciem refundacją odpowiednika leku;

e) przeniesieniu kodów GTIN:

- 05909990777938 Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml;

- 05909990880881 Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml

z produktu rozliczeniowego 5.08.09.0000018 Etanerceptum do nowego produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000216.

Wydzielenie odrębnego kodu świadczenia dla substancji czynnej etanerceptum wynika z wyodrębnienia w/w GTIN do osobnej grupy limitowej w obwieszczeniu Ministra Zdrowia.

5) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na dodaniu wymagań dla programu lekowego B.128.FM Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

6) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego Wykaz programów lekowych i polegają na:

a) zmianie nazwy programu lekowego B.32. z „Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna” na „Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna”,

b) dodaniu substancji czynnej niraparibum w programie lekowym B.50. „Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej”,

c) dodaniu substancji czynnej ustekinumab w programie lekowym B.55. „Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)”,

d) dodaniu programu lekowego B.128.FM. „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat”,

– w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

7) zmiany załącznika nr 11 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej oraz weryfikację jego skuteczności, poprzez usunięcie części 2 załącznika, tj. wzorów dokumentów w wersji papierowej, w związku z umożliwieniem kwalifikacji w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych;

8) zmiany załącznika nr 25 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia choroby Wilsona oraz weryfikacja jego skuteczności, poprzez usunięcie części 2 załącznika, tj. wzorów dokumentów w wersji papierowej, w związku z umożliwieniem kwalifikacji w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych;

9) dodania załącznika nr 27 do zarządzenia, określającego zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.

Oznaczenie stosowania przepisów do rozliczania świadczeń w sposób wskazany w § 36 zarządzenia wynika z konieczności zapewnienia ciągłości stosowania przepisów, zgodnie z ww. obwieszczeniem Ministra Zdrowia oraz zgodności z terminami obowiązywania decyzji administracyjnych Ministra Zdrowia w sprawie objęcia refundacją i określenia ceny urzędowej leków zawartych w niniejszym zarządzeniu.

Wobec powyższego zarządzenie stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

W dniach od 3 stycznia 2022 r. do 17 stycznia 2022 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu lekowe.

W trakcie konsultacji do ww. projektu zarządzenia odniosły się 22 podmioty (w tym 3 oddziały wojewódzkie NFZ), spośród których 8 nie zgłosiło uwag, a 8 zgłosiło uwagi po wyznaczonym terminie.

Łącznie otrzymano 76 stanowisk do przedmiotowego projektu, w tym 68 zawierających uwagi oraz 8 informujących o ich braku. Z przesłanych 68 uwag:

- 9 uznano jako zasadne,
- 11 wymaga dalszej analizy,
- 29 oceniono jako niezasadne,
- 19 zostało zgłoszonych po wyznaczonym terminie, w związku z czym nie podlegały one rozpatrzeniu.

Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą:

1) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego Katalog świadczeń i zakresów i polegają na usunięciu uwagi o treści „Technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności finansowana z Funduszu Medycznego”, odnoszącej się do programu lekowego B.128FM Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat, w związku z uwagą zgłoszoną przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ,

2) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych w zakresie programu B.128FM „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat”:

a) w części „lekarze – pozostałe” dookreślenie zapisu odnoszącego się do wymaganego doświadczenia świadczeniodawcy w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na ostrą porfirię wątrobową, w związku z uwagą zgłoszoną przez Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ oraz Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ,

b) w części „zapewnienie realizacji badań” usunięcie badań: USG, tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego oraz EKG, zgodnie z uwagami zgłoszonymi przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ.