

**Załącznik nr 12 do zarządzenia nr 66/2016/DGL Prezesa NFZ**  
**z dnia 30 czerwca 2016 r.**

**Opis świadczenia**

**KWALIFIKACJA I WERYFIKACJA LECZENIA PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI**

1.	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
1.1	nazwa świadczenia	Kwalifikacja i weryfikacja leczenia pierwotnych niedoborów odporności
1.2	określenie i kody powiązanych ze świadczeniem schorzeń (wg ICD 10)	<p>- D80 Niedobory odporności z przewagą defektu odporności humoralnej, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D80.0 Dziedziczna hipogammaglobulinemia;</li> <li>• D80.1 Nierodzinna hipogammaglobulinemia;</li> <li>• D80.3 Wybiórczy niedobór podklas immunoglobulin G (IgG);</li> <li>• D80.4 Wybiórczy niedobór immunoglobulin M (IgM);</li> <li>• D80.5 Niedobór odporności ze zwiększonym stężeniem immunoglobulin M (IgM);</li> <li>• D80.6 Niedobór przeciwciał ze stężeniem immunoglobulin zbliżonym do normy lub z hiperimmunoglobulinemią;</li> <li>• D80.8 Inne niedobory odporności z przewagą defektów przeciwciał;</li> <li>• D80.9 Nieokreślony niedobór odporności z przeważającym defektem przeciwciał;</li> <li>• D81.9 Nieokreślone złożone niedobory odporności</li> </ul> <p>- D82 Niedobór odporności skojarzony z innymi poważnymi wadami, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D82.0 Zespół Wiskotta-Aldricha;</li> <li>• D82.1 Zespół Di George'a;</li> <li>• D82.3 Niedobór odporności towarzyszący dziedzicznej wadliwej odpowiedzi na zakażenie wirusem Epstein-Barr;</li> <li>• D82.8 Niedobór odporności skojarzony z innymi określonymi poważnymi wadami;</li> <li>• D82.9 Nieokreślony niedobór odporności skojarzony z poważnymi wadami</li> </ul> <p>- D83 Pospolity zmienny niedobór odporności, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• D83.0 Pospolity zmienny niedobór odporności z przewagą zaburzeń funkcji lub liczebności komórek B;</li> <li>• D83.1 Pospolity zmienny niedobór odporności z przewagą zaburzeń dotyczących immunoregulacyjnych komórek T;</li> <li>• D83.8 Inne pospolite zmienne niedobory odporności;</li> <li>• D83.9 Nieokreślony pospolity zmienny niedobór odporności;</li> </ul> <p>- D89.9 Nieokreślone zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych</p>
1.3	świadczenia skojarzone	nie dotyczy

1.4	częstość występowania jednostki chorobowej lub procedury medycznej	Brak danych u osób dorosłych w Polsce (przyjmuje się, że w populacji kaukaskiej częstość występowania ok. 1 na 10 000 osób).
1.5	kryteria kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	Zespół Koordynacyjny dokonuje kwalifikacji chorych do uczestnictwa w programie lekowym w oparciu o opis przedmiotowego programu. Rozpoczęcie terapii następuje wyłącznie po pozytywnej kwalifikacji pacjenta do leczenia przez Zespół Koordynacyjny. Kwalifikacja oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o: 1. ocenę stanu zdrowia pacjenta, 2. analizę dokumentacji medycznej.
1.6	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 - badanie i porada lekarska, konsultacja
1.7	zalecenia dotyczące dalszego postępowania (zalecane lub konieczne kolejne świadczenia)	w przypadku pozytywnej kwalifikacji - włączenie do właściwego programu lekowego
1.8	oczekiwane wyniki postępowania (efekt działania)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- poprawa stanu klinicznego</li> <li>- poprawa kontroli choroby</li> <li>- ograniczenie powikłań i związanych z tym hospitalizacji (infekcje)</li> <li>- wcześniejsze wykrycie nowotworów (<b>wykreślono chłoniaki</b>)</li> <li>- poprawa jakości życia chorych</li> </ul>
1.9	ryzyka powikłań postępowania medycznego i częstość ich występowania	Zgodne z zapisami w charakterystyce produktu leczniczego, dla poszczególnych preparatów immunoglobulin.
2.	<b>Warunki wykonania</b>	
2.1	specyfikacja i liczba badań diagnostycznych, niezbędnych dla wykonania świadczenia	została określona w opisie programu <i>Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych</i>
2.2	zakres oczekiwanych informacji na podstawie wykonanych badań diagnostycznych	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ograniczenie ilości i ciężkości powikłań u chorych</li> <li>- zahamowanie postępu choroby</li> <li>- poprawa jakości życia chorych</li> </ul>
2.3	średni czas udzielania świadczenia	zgodnie z kryteriami opisanymi w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności
2.4	sprzęt i aparatura medyczna	- program archiwizacji danych dotyczących programów lekowych w systemie komputerowym (SMPT), wypełniany przez lekarzy prowadzących i przez Zespół Koordynacyjny.
2.5	warunki organizacyjne udzielania świadczeń	<p>Ośrodek będący realizatorem przedmiotowego świadczenia musi zapewnić warunki do realizacji następujących zadań Zespołu Koordynacyjnego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nadzorowanie zgłaszalności przez poszczególne ośrodki chorych do leczenia,</li> <li>- nadzorowanie procesu diagnostycznego prowadzonego przez poszczególne ośrodki tak, aby od chwili kwalifikacji do zastosowania leczenia upłynął możliwie najkrótszy okres czasu,</li> <li>- zapewnienie niezakłóconego, ciągłego przepływu informacji pomiędzy ośrodkami prowadzącymi terapię i ośrodkiem koordynującym, o skuteczności prowadzonego leczenia i ewentualnych działaniach ubocznych,</li> <li>- aktualizacja i nadzór nad prowadzonym rejestrem zgodnym z wymaganiami programu oraz prowadzenie archiwum niezbędnego dla potrzeb sprawozdawczości i analiz</li> </ul>
2.6	kwalifikacje specjalistów	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lekarze ze specjalizacją w zakresie immunologii klinicznej, chorób wewnętrznych, chorób płuc, hematologii</li> </ul>

2.7	umiejętności i doświadczenie zawodowe	- lekarze ze specjalizacją w zakresie immunologii klinicznej z podstawową specjalizacją z chorób wewnętrznych lub lekarze wyspecjalizowani w dziedzinie immunologii klinicznej w systemie modułowym, w którym moduł podstawowy obejmował choroby wewnętrzne, lekarze ze specjalizacją w zakresie chorób wewnętrznych, lekarze ze specjalizacją w zakresie chorób płuc, lekarze ze specjalizacją w zakresie hematologii
2.8	zakres dziedzin medycyny uprawnionych do wykonania świadczenia	- immunologia kliniczna
<b>3.</b>	<b>Skuteczność medyczna i ekonomiczna</b>	
3.1	specyfikacja kosztów świadczenia	6,25 pkt.
3.2	potwierdzenie skuteczności procedury medycznej z podaniem stopnia ufności wyniku (korzyści uzyskane dzięki jej zastosowaniu — efektywność medyczna)	- poprawa jakości życia chorych objętych terapią - wydłużenie czasu przeżycia chorych - ograniczenie nasilenia powikłań
4.	Istniejące wytyczne postępowania medycznego	- według aktualnie obowiązujących standardów i wytycznych

# Wzór wniosku o leczenie preparatami immunoglobulin dorosłych pacjentów z pierwotnymi niedoborami odporności

---

Zespół Koordynujący ds. leczenia pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych

## Wniosek o przydzielenie preparatu immunoglobulin

*Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia preparatami immunoglobulin dorosłych pacjentów z pierwotnymi niedoborami odporności*

### Dane personalne pacjenta:

Imię: \_\_\_\_\_  
Nazwisko: \_\_\_\_\_  
PESEL: \_\_\_\_\_

### Jednostka wystawiająca wniosek:

Pełna nazwa \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod \_\_\_\_\_

Ul. \_\_\_\_\_ Nr \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Nr karty lub historii choroby pacjenta: \_\_\_\_\_

Adres e-mail do korespondencji z jednostką wystawiającą wniosek: \_\_\_\_\_

### Lekarz wystawiający wniosek:

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

*podpis i pieczętka lekarza*

\_\_\_\_\_

*podpis i pieczętka  
Kierownika jednostki uprawnionej  
do terapii immunoglobulinami*

\_\_\_\_\_

### 1. Kwalifikacja – wstępna ocena chorego

Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

Data rozpoznania PNO (D/M/R)

Rok pojawienia się pierwszych objawów sugerujących zaburzenia o charakterze PNO:

**ROZPOZNANIE pierwotnego niedoboru odporności potwierdzone przez immunologa klinicznego:**  
 Data potwierdzenia rozpoznania: \_\_\_\_\_

ICD 10	<input checked="" type="checkbox"/> Jeśli zaznaczono, konieczność wypełnienia załącznika nr:
<b>D 80.0</b> <i>Dziedziczna hipogammaglobulinemia</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/1
<b>D 80.1</b> <i>Nierodzinna hipogammaglobulinemia</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/2
<b>D 80.3</b> <i>Wybiórczy niedobór podklas immunoglobulin G (IgG)</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/3
<b>D 80.4</b> <i>Wybiórczy niedobór immunoglobulin M (IgM)</i>	<input type="checkbox"/>
<b>D 80.5</b> <i>Niedobór odporności ze zwiększonym stężeniem IgM</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/4
<b>D 80.6</b> <i>Niedobór przeciwciał ze stężeniem immunoglobulin zbliżonym do normy lub z hiperimmunoglobulinemią</i>	<input type="checkbox"/>
<b>D 80.8</b> <i>Inne niedobory odporności z przewagą defektów przeciwciał</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/5
<b>D 80.9</b> <i>Nieokreślony niedobór odporności z przeważającym defektem przeciwciał</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/5
<b>D 81.9</b> <i>Nieokreślone złożone niedobory odporności</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/6
<b>D 82.0</b> <i>Zespół Wiskotta- Aldricha</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/7
<b>D 82.1</b> <i>Zespół Di George'a</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/8
<b>D 82.3</b> <i>Niedobór odpowiedzi towarzyszący dziedzicznej wadliwej odpowiedzi na zakażenie wirusem Epstein-Barr</i>	<input type="checkbox"/>
<b>D 82.8</b> <i>Niedobór odpowiedzi skojarzony z innymi określonymi poważnymi wadami</i>	<input type="checkbox"/>
<b>D 82.9</b> <i>Nieokreślony niedobór odporności skojarzony z poważnymi wadami</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/9
<b>D 83.0</b> <i>Pospolity zmienny niedobór odporności z przewagą zaburzeń funkcji lub liczebności komórek B</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/10
<b>D 83.1</b> <i>Pospolity zmienny niedobór odporności z przewagą zaburzeń dotyczących immunoregulacyjnych limfocytów T</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/10
<b>D 83.8</b> <i>Inne pospolite zmienne niedobory odpornościowe</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/10
<b>D 83.9</b> <i>Nieokreślony pospolity zmienny niedobór odporności</i>	<input type="checkbox"/> ➔ Zał. Nr I/10

Po określeniu ICD 10 – wypełnij kryteria rozpoznania zgodnie z Załącznikiem I – Kryteria rozpoznania.

**Wykluczono inne przyczyny zaburzeń odporności**

**TAK** ☐

**NIE** ☐

**Badanie przedmiotowe:**

	Bez zmian	Odchylenia w badaniu przedmiotowym	Nie badano
Głowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szyja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gardło	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarczyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klatka piersiowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Układ oddechowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jama brzuszna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Układ moczowo-płciowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obwodowe węzły chłonne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skóra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Układ nerwowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inne:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Jeśli odchylenia - opisz jakie:**

**Jakość życia**

**Chory wypełnił kwestionariusz EQ-5D**

**TAK** ☐

**NIE** ☐

**Chory wypełnił kwestionariusz SF-12**

**TAK** ☐

**NIE** ☐

*Jeśli tak:* Dane z kwestionariuszy należy umieścić na wzorach umieszczonych poniżej:

Zaznaczając symbolem ☒ jeden kwadrat w każdej grupie podanej poniżej, wybierz zdanie najlepiej określające stan Twojego zdrowia dzisiaj.

**Zdolność poruszania się**

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Nie mam problemów z chodzeniem    | <input type="checkbox"/> |
| Mam trochę problemów z chodzeniem | <input type="checkbox"/> |
| Muszę pozostawać w łóżku          | <input type="checkbox"/> |

**Samoopieka**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Nie mam żadnych problemów z samoopieką         | <input type="checkbox"/> |
| Mam trochę problemów z myciem i ubieraniem się | <input type="checkbox"/> |
| Nie mogę sam się umyć ani ubrać                | <input type="checkbox"/> |

**Zwykła działalność** (np. praca, nauka, zajęcia domowe, aktywność rodzinna, zajęcia w czasie wolnym)

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Nie mam problemów z wykonywaniem moich zwykłych czynności    | <input type="checkbox"/> |
| Mam trochę problemów z wykonywaniem moich zwykłych czynności | <input type="checkbox"/> |
| Nie mogę wykonywać moich zwykłych czynności                  | <input type="checkbox"/> |

**Ból/dyskomfort**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Nie odczuwam bólu ani dyskomfortu       | <input type="checkbox"/> |
| Odczuwam umiarkowany ból lub dyskomfort | <input type="checkbox"/> |
| Odczuwam krańcowy ból lub dyskomfort    | <input type="checkbox"/> |

**Niepokój /przygnębienie**

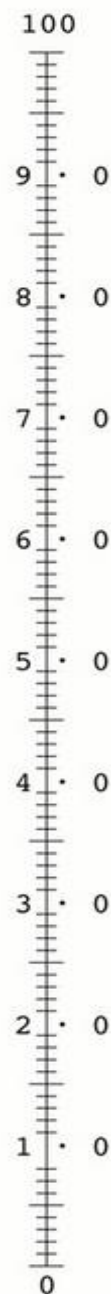
- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Nie jestem niespokojny ani przygnębiony          | <input type="checkbox"/> |
| jestem umiarkowanie niespokojny lub przygnębiony | <input type="checkbox"/> |
| jestem krańcowo przygnębiony                     | <input type="checkbox"/> |

Aby umożliwić badanym ocenę, jak dobry lub zły jest ich stan zdrowia przygotowaliśmy skalę (podobną do skali termometru), na której najlepszy stan zdrowia jest oznaczony liczbą 100, a najgorszy stan zdrowia jaki można sobie wyobrazić jest oznaczony jako 0.

Chcielibyśmy, żebyś wskazał na skali, jak dobry lub zły jest według Ciebie stan Twojego zdrowia dzisiaj. Zrób to rysując linię z kostki poniżej do jakiegokolwiek punktu na skali, określając, jak dobry lub zły jest Twój aktualny stan zdrowia.

**Twój stan  
zdrowia  
dzisiaj**

Najlepszy  
wyobrażalny stan



Najgorszy wyobrażalny  
stan zdrowia



## Kwestionariusz oceny jakości życia SF-12

1. Generalnie możesz powiedzieć, że stan Twojego zdrowia jest:

doskonały      [ ]                      dobry                      [ ]                      niezadowalający      [ ]  
bardzo dobry      [ ]                      zadowalający      [ ]

2. Poniżej wymieniono w punktach czynności wykonywane zazwyczaj w ciągu dnia. Czy aktualnie Twoje zdrowie ogranicza Twoje możliwości ich wykonania? Jeśli tak, to jak bardzo?

Czynności	Bardzo ogranicza	Trochę ogranicza	Nie ogranicza wcale
a) Czynności o umiarkowanej trudności, takie jak przesuwanie stołu, odkurzanie, gra w kręgle, w golfa			
b) Pokonywanie kilku pięter schodów			

3. Czy w ostatnim miesiącu miałeś(-aś) problemy z pracą lub codzienną aktywnością, które wynikały ze stanu zdrowia i powodowały:

	TAK	NIE
a) Gorsze samopoczucie niż oczekiwałeś(-aś)?		
b) Ograniczenie w rodzaju pracy lub innych czynności?		

4. Czy w ciągu ostatniego miesiąca miałeś(-aś) problemy związane z wykonywaną pracą lub codziennymi czynnościami wynikającymi z problemów emocjonalnych (np. poczucie depresji, zdenerwowanie)?

	TAK	NIE
a) Osiągnięcia (rezultaty) mniejsze, niż oczekiwałąbyś(-abyś)		
b) Niemożność wykonywania pracy lub innej czynności tak starannie jak zwykle		

5. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca ból zakłócał Twoją normalną pracę (zawodową i domową)?

wcale                      [ ]                      średnio                      [ ]                      bardzo                      [ ]  
trochę                      [ ]                      nawet bardzo                      [ ]

6. Poniższe pytania dotyczą Twojego samopoczucia w ciągu ostatniego miesiąca. Na każde pytanie proszę udzielić jednej odpowiedzi najbardziej zbliżonej do stanu faktycznego. Ile razy wystąpił dany objaw w ciągu ostatniego miesiąca?

	Cały czas	Dużo czasu	M mało czasu	Większość czasu	Jakiś czas	wcale
a) Byłeś(-aś) wyciszony(-a) i spokojny(-a)						
b) Byłeś(-aś) pełen(-na) energii						
c) Byłeś(-aś) załamany(-a) i smutny(-a)						
d) Twoje zdrowie ograniczało kontakty towarzyskie (spotkania z przyjaciółmi lub						

bliską rodziną)						
-----------------	--	--	--	--	--	--

**Dane metryczne:**

Masa ciała (w kg):

Wzrost (w cm):

Obwód brzucha (w cm)

Ciśnienie tętnicze (mmHg):

Czynność serca/minutę:

**Zakażenia:**

Zakażenia w roku poprzedzającym włączenie chorego do Programu Lekowego:

TAK ☐ NIE  
☐*Jeśli tak:*

Liczba zakażeń w roku:

Liczba infekcji ciężkich (*posocznice, wstrząsy septyczne, zapalenia płuc, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych/mózgu, ropnie narządowe i /lub węzłów chłonnych, ropowice, ropniaki, inne trudno leczące się zakażenia*)

**Umiejscowienie:**

Liczba infekcji:

- ☐ Górne drogi oddechowe
- ☐ Błona śluzowa nosa i zatok przynosowych
- ☐ Ucho środkowe
- ☐ Ucho zewnętrzne
- ☐ Dolne drogi oddechowe
- ☐ Przewód pokarmowy
- ☐ Górne drogi moczowe
- ☐ Dolne drogi moczowe
- ☐ Narządy rodne
- ☐ Gruczoł krokowy
- ☐ Skóra i tkanka podskórna
- ☐ Naczynia
- ☐ Układ kostno-stawowy
- ☐ Zakażenie narządowe
- ☐ Infekcja uogólniona/sepsa
- ☐ Inne: jakie:.....

Antybiotykoterapia w roku poprzedzającym włączenie chorego do Programu Lekowego:

TAK ☐ NIE  
☐*Jeśli tak:*

Ile razy w roku:

**Szczepienia profilaktyczne**

Szczepienia profilaktyczne w roku poprzedzającym włączenie chorego do programu lekowego

TAK ☐ NIE

*Jeśli tak: wpisz nazwę szczepionki i datę szczepienia:*

Lp.	Nazwa szczepionki:	Data szczepienia:
1.		
2.		
3.		

### Schorzenia towarzyszące

**SCHORZENIA TOWARZYSZĄCE:** TAK ☐ NIE ☐

*Jeśli tak: wypełnij załącznik dotyczący schorzeń towarzyszących (Załącznik nr II)*

### Leczenie towarzyszące

**LECZENIE TOWARZYSZĄCE:** TAK ☐ NIE ☐

*Jeśli tak – wypełnij załącznik dotyczący leczenia towarzyszącego (Załącznik nr III)*

**Pacjent leczony wcześniej Ig:** TAK ☐ NIE ☐

*Jeśli TAK:*

W ramach JGP	<input type="checkbox"/>	W ramach innego programu lekowego	<input type="checkbox"/>	W ramach <i>analogicznego</i> programu lekowego	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---	--------------------------

**Uwaga:** u pacjentów, którzy kontynuują terapię immunoglobulinami, należy przeprowadzić badania diagnostyczne zgodnie z harmonogramem monitorowania w trakcie programu lekowego

*Jeśli NIE:* Wykonać należy wymienione poniżej badania diagnostyczne:

Obecne Stężenie IgG:  g/l      Data badania (d/m/r):

Stężenie IgG przed pierwszym podaniem immunoglobulina  g/l

**Uwaga!**  
*Dotyczy tylko chorych wcześniej leczonych Ig*

	BADANIA	WARTOŚĆ	JEDNOSTKA	W NORMIE	POZA NORMĄ
	IgA			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IgM			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IgE			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	WBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hgb			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hct			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PLT			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Limfocyty			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neutrofile			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eozynofile			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bazofile			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Monocyty			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glukoza			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AST			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ALT			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ALP			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GGTP			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kreatynina			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GFR			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CRP			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	LDH			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HCV PCR</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV PCR</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HbsAg			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mocz-bad.og.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Cieężar wł.</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Glukoza</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Białko</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Ciała</i>				
	<i>ketonowe</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Bakterie</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Nabłonki</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>WBC</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>RBC</i>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBV PCR

TAK ☐ NIE ☐

**Opcjonalnie:**

Liczebność subpopulacji i ocena funkcjonalna  
limfocytów:

TAK ☐ NIE ☐

*Jeśli tak – opis poniżej*

**Opis:** wyniki badań + komentarz:

**Podklasy IgG – opcjonalnie:**

klasa	wartość	jednostka	W normie	Poza normą
IgG <sub>1</sub>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgG <sub>2</sub>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgG <sub>3</sub>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgG <sub>4</sub>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Badania obrazowe:**

**BADANIA OBRAZOWE WYKONYWANE W OSTATNIM ROKU:** TAK ☐ NIE ☐

*Jeśli tak – wypełnij załącznik dotyczący badań obrazowych (załącznik nr IV)*

**Epikryza:**

### 3. ZGŁOSZENIE

Zgłaszając wniosek potwierdzam, że pacjent spełnia kryteria włączenia do programu lekowego.

Wnioskuje o:

1. **Zamianę leczenia IV na preparat HyQvia (*karta monitorowania\**)**
2. **Rozpoczęcie leczenia preparatem HyQvia (*karta monitorowania\**)**
3. **Zamianę leczenia S.C innym lekiem na leczenie preparatem HyQvia (*karta monitorowania\**)**

*\*wzory zostaną udostępnione przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pierwotnych Niedoborów Odporności*

Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do terapii immunoglobulinami pacjent będzie leczony preparatami zakupionymi przez Ośrodek Realizujący Program ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Lekarz prowadzący:

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*podpis i pieczęć lekarza*

*podpis i pieczęć Kierownika jednostki uprawnionej  
do terapii immunoglobulinami*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **4. Załącznik –zgoda pacjenta**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.)

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie substytucyjne immunoglobulinami. Zobowiązuję się do ich przyjmowania zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz zgłaszania się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data i podpis pacjenta: .....

Data i podpis lekarza przyjmującego zgodę: .....



## ZAŁĄCZNIK NR I/1:

### **D 80.0** Dziedziczna hipogammaglobulinemia (Agammaglobulinemia sprzężona z płcią)

Obniżony odsetek limfocytów B CD19+ poniżej 2% w przeprowadzonej  
przynajmniej 2-krotnie ocenie ☐ *Musi być zaznaczony*

**i jeden z następujących: (rozpoznanie pewne)**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1. mutacja w obrębie genu dla Btk   | <input type="checkbox"/> | <i>Konieczność zaznaczenia<br/>minimum jednego punktu-<br/>jeśli żaden niezaznaczony<br/>– muszą być zaznaczenia<br/>w kolejnych punktach</i> |
| 2. brak Btk mRNA w neutrofilach lub monocytach w badaniu metodą Northern blot                         | <input type="checkbox"/> |   |
| 3. brak białka Btk w monocytach lub płytkach krwi   | <input type="checkbox"/> |   |
| 4. obniżony odsetek limfocytów B poniżej 2% u kuzynów płci męskiej ze strony matki: wujków, bratanków | <input type="checkbox"/> |   |

**lub wszystkie z poniższych cech (rozpoznanie prawdopodobne)**

- |  |                          |   |
|--|--------------------------|---|
| 1. początek nawracających zakażeń bakteryjnych w pierwszych 5 latach życia | <input type="checkbox"/> | <i>Konieczność zaznaczenia<br/>wszystkich punktów</i> |
| 2. stężenia IgG, IgM oraz IgA w surowicy krwi poniżej 2 SD normy dla wieku | <input type="checkbox"/> |   |
| 3. brak izohemaglutynin i/lub słaba odpowiedź na antygeny szczepionkowe    | <input type="checkbox"/> |   |
| 4. wykluczenie innych przyczyn hipogammaglobulinemii                       | <input type="checkbox"/> |   |

**lub**  
wykluczono inne przyczyny hipogammaglobulinemii

☐ *Musi być zaznaczony*

**i obecna jest przynajmniej jedna z poniższych cech:**

- |  |                          |  |
|--|--------------------------|--|
| 1. początek nawracających zakażeń bakteryjnych w pierwszych 5 latach życia | <input type="checkbox"/> | <i>Konieczność zaznaczenia<br/>minimum jednego punktu-</i> |
| 2. stężenia IgG, IgM oraz IgA w surowicy krwi poniżej 2 SD normy dla wieku | <input type="checkbox"/> |  |
| 3. brak izohemaglutynin  | <input type="checkbox"/> |  |

## ZAŁĄCZNIK NR I/2

### **D 80.1**      **Nierodzinna hipogammaglobulinemia**

Jedno z poniższych:

- Nawracające zakażenia ☐
- Cechy autoimmunizacji (szczególnie cytopenie) ☐
- Łagodna limfoproliferacja/chłoniak ☐

*Możliwość wybrania  
jednego z kryteriów*

**oraz**

istotny niedobór IgG, podklas IgG, IgA lub IgM (oceniony co najmniej 2x)

☐

**oraz**

wykluczenie wtórnych przyczyn hipogammaglobulinemii

☐

*Konieczność wyboru  
wszystkich kryteriów*

**oraz**

prawidłowy wynik isohemaglutynin i/albo prawidłowa  
odpowiedź poszczepienna

☐

**oraz**

prawidłowe limfocyty T i limfocyty T dziewicze

☐

## ZAŁĄCZNIK NR I/3:

### D 80.3

### Wybiórczy niedobór podklas immunoglobulin G (IgG)

- nawracające zakażenia ☐
- istotny niedobór podklas IgG stwierdzony co najmniej 2-krotnie ☐

*Konieczność wybrania obu kryteriów*

## ZAŁĄCZNIK NRI/ 4:

### **D 80.5** Niedobór odporności ze zwiększonym stężeniem immunoglobulin M (IgM) (Zespół hiper IgM sprzężony z chromosomem X)

Przynajmniej jedno z poniższych:

- zwiększona podatność na zakażenia (nawracające i/lub oportunistyczne zakażenia, z kryptosporydiozą włącznie) ☐
- deregulacja immunologiczna (autoimmunizacja, limfoproliferacja, stwardniające zapalenie dróg żółciowych) ☐
- cytopenia (neutropenia lub autoimmunologiczna cytopenia ) ☐
- rozrost nowotworowy (chłoniak) ☐
- obciążający wywiad rodzinny ☐

*Możliwość wybrania  
jednego lub więcej z  
kryteriów*

**i**

- znaczące obniżenie stężenia IgG (ocenione co najmniej dwukrotnie) ☐

**lub**

- prawidłowe lub podwyższone stężenie IgM (ocenione co najmniej dwukrotnie) ☐

**lub**

- wykluczono inne zdefiniowane przyczyny hipogammaglobulinemii ☐

*Możliwość wybrania  
dowolnego z  
kryteriów;*

**lub**

- brak dowodów na niedobór limfocytów T, definiowany jako obecność przynajmniej dwóch z trzech następujących cech (m=miesiąc, r=rak życia):
  - ✓ CD4 liczba/microlitr: 0-6m <1000, 6m-1r <800, 1-2r <500, 2-6r <300, 6-12r <250, >12r <200 ☐
  - ✓ % naiwnych CD4: 0-2r <30%, 2-6r <25%, 6-16r <20%, >16r 10%
  - ✓ brak odpowiedzi proliferacyjnej limfocytów T

**lub**

- brak cech zespołu *ataxia- telangiectasia* (plamy *cafe-au lait*, ataksja, telangiektazja, podwyższone stężenie AFP) ☐

## ZAŁĄCZNIK NR I/5:

**D 80.8**      Inne niedobory odporności z przewagą defektów przeciwciał

**D 80.9**      Nieokreślony niedobór odporności z przeważającym defektem przeciwciał

Przynajmniej jedno z poniższych:

- co najmniej 1 ciężkie zakażenie ☐
- nietypowy, uciążliwy przebieg zakażeń ☐
- przynajmniej 1 cecha deregulacji immunologicznej –(wymienić jaka) \* ☐
- niedobór wzrostu i masy ciała ☐
- pierwotny niedobór odporności w rodzinie ☐

*Konieczność wyboru  
jednego z kryteriów*

**Oraz**

- co najmniej 1 nieprawidłowość funkcjonalna lub numeryczna w badaniach immunologicznych – (wymienić jaka) \*\* ☐

*Konieczność wyboru  
tego kryterium*

**Oraz**

- wykluczenie wtórnych przyczyn zaburzeń immunologicznych (zakażenie, nowotwór) ☐

*Konieczność wyboru  
tego kryterium*

**Oraz**

- brak cech innych zdefiniowanych zespołów ☐

*Konieczność wyboru  
tego kryterium*

\*

.....

.....

.....

\*\*

.....

.....

.....

## ZAŁĄCZNIK NR I/ 6:

### D 81.9

### Nieokreślone złożone niedobory odporności

Przynajmniej jedno z poniższych:

- co najmniej 1 ciężka infekcja wymagająca hospitalizacji ☐

- przynajmniej 1 cecha deregulacji immunologicznej –(wymienić jaka) \*

*Autoimmunizacja*

*Limfoprolifерacja*

*Ziarniniaki*

*Enteropatia*

☐

*Konieczność wyboru  
jednego z kryteriów*

- nowotwór ☐

- pierwotny niedobór odporności w rodzinie ☐

**Oraz**

- co najmniej 1 nieprawidłowość funkcjonalna lub numeryczna w badaniach immunologicznych – (wymienić jaka) \*\* ☐

*Konieczność wyboru  
tego kryterium*

**Oraz:** przynajmniej dwie z czterech nieprawidłowości dotyczących limfocytów T:

- redukcja liczby limfocytów TCD3 lub TCD4 lub TCD8 ☐

- redukcja liczby dziewiczych limfocytów TCD4 i/lub TCD8 ☐

- wzrost liczby limfocytów T gamma/delta ☐

- nieprawidłowa odpowiedź limfocytów T na mitogeny ☐

*Konieczność wyboru  
minimum dwóch z  
czterech kryteriów*

**Oraz**

- wykluczenie zakażenia HIV ☐

*Konieczność wyboru  
tego kryterium*

**Oraz**

- wykluczenie innych, dobrze określonych zespołów PNO ☐

*Konieczność wyboru  
tego kryterium*

\*

\*\*

## ZAŁĄCZNIK NR I/7:

**D 82.0**

**Zespół Wiskotta- Aldricha**

Pacjent płci męskiej z wrodzoną małopłytkowością (poniżej 70.000 płytek/mm<sup>3</sup>), małą objętością płytek...

☐

*Musi być zaznaczony*

**I. ...i co najmniej jedno z poniższych: (rozpoznanie pewne) -**

1. mutacja w genie WASP
2. brak WASP mRNA w badaniu limfocytów metodą *Northern blot*
3. brak białka WASP w limfocytach
4. kuzyni, wujkowie ze strony matki z małą objętością płytek lub małopłytkowością

☐☐☐☐

*Konieczność zaznaczenia co najmniej jednego z punktów, jeśli nie zaznaczono punktów II i III*

**II. ...i co najmniej jedno z poniższych: (rozpoznanie prawdopodobne)**

1. wyprysk (egzema)
2. obniżona synteza swoistych przeciwciał w odpowiedzi na antygeny polisacharydowe
3. nawracające zakażenia bakteryjne lub wirusowe
4. choroby autoimmunizacyjne
5. chłoniaki, białaczki lub guzy OUN

☐☐☐☐☐

*Konieczność zaznaczenia co najmniej jednego z punktów, jeśli nie zaznaczono punktów I i III*

**III. ....Lub pacjent płci męskiej po zabiegu splenektomii z powodu małopłytkowości i obecna jest przynajmniej jedna z poniższych cech (rozpoznanie możliwe)**

1. wyprysk (egzema)
2. obniżona synteza swoistych przeciwciał w odpowiedzi na antygeny polisacharydowe
3. nawracające zakażenia bakteryjne lub wirusowe
4. choroby autoimmunizacyjne
5. chłoniaki, białaczki lub guzy OUN

☐☐☐☐☐

*Konieczność zaznaczenia minimum jednego punktu- jeśli nie zaznaczono punktów I i II*

## ZAŁĄCZNIK NR I/8:

### D 82.1      Zespół di George'a – DGS

Redukcja liczby limfocytów T CD3+ (poniżej 500/mm<sup>3</sup>)

☐

*Musi być zaznaczony, jeśli  
nie zaznaczone II lub III*

**Oraz: (I) dwie z trzech poniższych cech: (rozpoznanie pewne)**

1. Wada serca lub dużych naczyń (przetwarty przewód tętniczy, tetralogia Fallota, przerwany łuk aorty, nieprawidłowe odejście prawej tętnicy podobojczykowej)
2. Hipokalcemia wymagająca leczenia, utrzymująca się powyżej 3 tygodni
3. Delecja w obrębie chromosomu 22q11.2

☐

*Konieczność zaznaczenia  
przynajmniej dwóch  
punktów*

☐☐

**Lub: (II) rozpoznanie prawdopodobne**

Redukcja liczby limfocytów T CD3+ (poniżej 1 500/mm<sup>3</sup>) oraz delecja w obrębie chromosomu 22q11.2

☐

*Musi być zaznaczony, jeśli  
nie zaznaczone I i III*

**Lub: (III) rozpoznanie możliwe**

Redukcja liczby limfocytów T CD3+ (poniżej 1 500/mm<sup>3</sup>) oraz przynajmniej jedno z następujących zaburzeń:

☐

*Musi być zaznaczony, jeśli  
nie zaznaczone I i II*

1. Wada serca
2. Hipokalcemia wymagająca leczenia, utrzymująca się powyżej 3 tygodni
3. Cechy dysmorfii twarzy lub nieprawidłowości dotyczące anatomicznej budowy podniebienia

☐☐☐

*Konieczność zaznaczenia  
minimum jednego punktu,  
jeśli nic nie zaznaczono w  
p. I i II*



## ZAŁĄCZNIK NR I/9:

### D 82.9

### Nieokreślony niedobór odporności skojarzony z poważnymi wadami

Cechy dysmorfii? :      TAK   ☐      NIE   ☐

*Jeśli tak - jakie:*

Niskorosłość ☐

Dysmorfia twarzy ☐

Microcephalia ☐

Zaburzenia układu szkieletowego ☐

Inne: jakie? ☐

Inne cechy?:      TAK   ☐      NIE   ☐

Bielactwo ☐

Zaburzenia owłosienia i rozwoju uzębienia ☐

Wady serca ☐

Wady nerek ☐

Zaburzenia słuchu ☐

Opóźnienie rozwoju psychoruchowego ☐

Drgawki ☐

Inne: jakie? ☐

**ORAZ**

co najmniej jedna nieprawidłowość funkcjonalna lub numeryczna w badaniach immunologicznych – opis nieprawidłowości:

]

*Każdy z punktów  
musi być  
zaznaczony*

**ORAZ**

wykluczenie wtórnych przyczyn zaburzeń immunologicznych (zakażenie, nowotwór)

]

**ORAZ**

brak cech innych, dobrze zdefiniowanych zespołów

]

## ZAŁĄCZNIK NR I/10:

- D 83.0** Pospolity zmienny niedobór odporności z przewagą zaburzeń funkcji lub liczby komórek B
- D 83.1** Pospolity zmienny niedobór odporności z przewagą zaburzeń dotyczących immunoregulacyjnych limfocytów T
- D 83.8** Inne pospolite zmienne niedobory odpornościowe
- D 83.9** Nieokreślony pospolity zmienny niedobór odporności

Kryteria (nowe)

Przynajmniej jedno z poniższych (1-5)

1. Zwiększona podatność na zakażenia

- 2. Objawy autoimmunizacyjne ☐
- 3. Zmiany ziarniniakowe ☐
- 4. Niewyjaśniona poliklonalna limfoproliferacja ☐
- 5. Rozpoznanie niedoboru przeciwciał u członka rodziny ☐

oraz

- 6. Znaczące (<2 SD) obniżenie stężenia IgG i IgA, przy obniżonym lub prawidłowym stężeniu IgM ☐

oraz jedno z poniższych

- 7. Nieadekwatna odpowiedź poszczepienna i/lub nieobecność izohemaglutynin ☐
- 8. Obniżona liczba limfocytów B pamięci „switch” ☐

oraz

- 9. Wykluczenie wtórnych przyczyn hipogammaglobulinemii

☐

- 10. Wykluczenie istotnego niedoboru limfocytów T

☐

Liczba CD4/mikrolitr >12r życia >200, % naiwnych CD4>16r. życia <10%

## ZAŁĄCZNIK NR I/11:

### **D 89.9** Nieokreślone zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych.

- co najmniej jedno ciężkie zakażenie ☐
- nietypowy, uciążliwy przebieg zakażeń ☐
- przynajmniej jedna cecha deregulacji immunologicznej – (wymienić jaką) ☐

*przynajmniej jedna z  
cech musi być  
zaznaczona*

- niedobór wzrostu i masy ciała ☐
- pierwotny niedobór odporności w rodzinie ☐

#### **ORAZ**

co najmniej jedna nieprawidłowość funkcjonalna lub numeryczna w badaniach immunologicznych (wymienić jaką) ☐

#### **ORAZ**

wykluczenie wtórnych przyczyn zaburzeń immunologicznych (zakażenie, nowotwór) ☐

#### **ORAZ**

brak cech innych zdefiniowanych zespołów ☐

## Załącznik Nr II

Lista schorzeń towarzyszących:

[illegible]

## Załącznik nr III

## Lista leków towarzyszących

[illegible]

## ZAŁĄCZNIK NR IV

### BADANIA OBRAZOWE WYKONYWANE W OSTATNIM ROKU

Lp.....	USG	<input type="checkbox"/>	Klatki piersiowej	<input type="checkbox"/>
	Rtg	<input type="checkbox"/>	Zatok obocznych nosa	<input type="checkbox"/>
	CT	<input type="checkbox"/>	Jamy brzusznej	<input type="checkbox"/>
	MRI	<input type="checkbox"/>	inne	<input type="checkbox"/>
	Inne	<input type="checkbox"/>	Jakie: .....	
	Jakie: .....			

**Opis badania** (jeśli wynik nieprawidłowy):

Lp.....	USG	<input type="checkbox"/>	Klatki piersiowej	<input type="checkbox"/>
	Rtg	<input type="checkbox"/>	Zatok obocznych nosa	<input type="checkbox"/>
	CT	<input type="checkbox"/>	Jamy brzusznej	<input type="checkbox"/>
	MRI	<input type="checkbox"/>	inne	<input type="checkbox"/>
	Inne	<input type="checkbox"/>	Jakie: .....	
	Jakie: .....			

**Opis badania** (jeśli wynik nieprawidłowy):



# ZAŁĄCZNIK NR V:

## DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

Data początku AE(DD/MM/RRRR:

Data zakończenia:

Lub kontynuacja AE

☐

Rozpoznanie zgodnie z ICD.10

Opis działania niepożądanego:

AE – związek z przyjmowanymi immunoglobulinami:

- Pewny ☐
- Prawdopodobny ☐
- Możliwy ☐
- Mało prawdopodobny ☐
- Wątpliwy ☐
- Brak związku ☐

AE – stopień nasilenia dolegliwości/objawów:

- łagodne ☐
- Umiarkowane ☐
- ciężkie ☐

Skutkiem wystąpienia AE jest:

- Zgon ☐
- Zagrożenie życia ☐
- Trwałe lub znaczące inwalidztwo lub upośledzenie sprawności ☐
- Hospitalizacja lub jej przedłużenie ☐
- Inne, które lekarz wg swojego stanu wiedzy uzna za ciężkie ☐

*Jeśli zaznaczono przynajmniej jedną odpowiedź z powyższych (dotyczących skutków wystąpienia AE) jest zakreślona, należy rozpoznać SAE (serious adverse event) i dopisać informacje o lekach:*

## ZAŁĄCZNIK NR VI:

### ZAKAŻENIA

Zakażenie od ostatniej wizyty:

TAK ☐

NIE ☐

*Jeśli tak:*

Umiejscowienie:

- ☐ Górne drogi oddechowe
- ☐ Błona śluzowa nosa i zatok przynosowych
- ☐ Ucho środkowe
- ☐ Ucho zewnętrzne
- ☐ Dolne drogi oddechowe
- ☐ Przewód pokarmowy
- ☐ Górne drogi moczowe
- ☐ Dolne drogi moczowe
- ☐ Narządy rodne
- ☐ Gruczoł krokowy
- ☐ Skóra i tkanka podskórna
- ☐ Naczynia
- ☐ Układ kostno-stawowy
- ☐ Zakażenie narządowe
- ☐ Infekcja uogólniona/sepsa
- ☐ Inne: jakie:.....

Rozpoznanie (ICD.10)

Data początku infekcji:

Data zakończenia:

Lub w trakcie leczenia

☐

Opis zakażenia:

Przebieg zakażenia:

- ☐ Zakażenie prowadzące do dysfunkcji lub niewydolności jedno- lub wielonarządowej
- ☐ Zakażenie powodujące znaczne pogorszenie stanu chorego z zaawansowaną chorobą przewlekłą
- ☐ Zakażenie narządowe lub ogólnoustrojowe u osób z obniżoną odpornością
- ☐ Nie dotyczy

*W przypadku zaznaczenia minimum jednego z trzech powyższych punktów zakażenie kwalifikuje się jako ciężkie – należy wypełnić odpowiedzi na kolejne pytania*

**ciężkie**

☐

*Dodatkowo zawsze należy wypełnić załącznik dotyczący działań niepożądanych*

**MIEJSCE ZAKAŻENIA:**

Zewnątrzszpitalne

☐

Wewnątrzszpitalne

☐

## ETIOLOGIA:

- ☐ **Pierwotniakowa:**
- ☐ Toksoplazmoza
  - ☐ Kryptosporydioza
- ☐ **Grzybicza:**
- ☐ Kandydoza jamy ustnej, przełyku i dalszych odcinków przewodu pokarmowego, płuc
  - ☐ Kryptokokoza
  - ☐ zakażenie *Pneumocystis jiroveci*
- ☐ **Wirusowa:**
- ☐ Cytomegalia (zajęcie układu pokarmowego, siatkówki, zapalenie płuc)
  - ☐ Zakażenia wirusem opryszczki o ciężkim przebiegu
  - ☐ Półpasiec o ciężkim przebiegu (minimum 3 dermatomy)
- ☐ **Bakteryjna:**
- ☐ Poantybiotykowe zapalenie jelit (*Clostridium difficile*)
  - ☐ Wywołane przez prątki gruźlicy, w tym prątki atypowe
  - ☐ Posocznice salmonellozowe
- ☐ **Inna: jaka:.....**
- ☐ **Nieustalona**

*W przypadku zaznaczenia minimum jednego patogenu należy zakwalifikować infekcję jako oportunistyczną*

**Zakażenie oportunistyczne** ☐

*W przypadku zaznaczenia okienka: „nieustalona” zakażenie należy zakwalifikować jako łagodne lub umiarkowane – wyskakuje okienko: „łagodne/umiarkowane”*

Łagodne/umiarkowane ☐

**leczenie stosowane z powodu zakażenia:** TAK ☐ NIE ☐

*Jeśli tak, zaznaczenie z jakiej grupy (możliwość zaznaczenia kilku), a następnie wypełnienie/uzupełnienie strony leczenia towarzyszącego*

- ☐ Przeciwbakteryjne
- ☐ Przeciwvirusowe
- ☐ Przeciwgrzybicze
- ☐ Przeciw pasożytnicze
- ☐ Inne: jakie:.....

# ZAŁĄCZNIK NR VII:

## BADANIA LABORATORYJNE

	BADANIA	WARTOŚĆ	JEDNOSTKA	NORMA	POZA NORMĄ
	IgA			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IgM			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	IgE			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	WBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hgb			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hct			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PLT			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Limfocyty			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Neutrofile			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eozynofile			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bazofile			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Monocyty			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glukoza			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AST			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ALT			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ALP			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GGTP			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kreatynina			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	GFR			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	CRP			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	LDH			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HCV PCR</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>HIV PCR</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HbsAg			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mocz-bad.og.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ciężar wł.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Glukoza			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Białko			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ciała				
	ketonowe			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bakterie			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nabłonki			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	WBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RBC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EBV PCR

TAK ☐ NIE ☐

**Opcjonalnie:**

Liczebność subpopulacji i ocena funkcjonalna  
limfocytów:

TAK ☐ NIE ☐

*Jeśli tak – opis poniżej*

**Opis:** wyniki badań + komentarz:

**Podklasy IgG – opcjonalnie:**

klasa	wartość	jednostka	wn	poza wn
IgG <sub>1</sub>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgG <sub>2</sub>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgG <sub>3</sub>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IgG <sub>4</sub>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ZAŁĄCZNIK NR VIII:

### EQ-5D I SF-12

EQ-5D

---

Zaznaczając symbolem ☒ jeden kwadrat w każdej grupie podanej poniżej, wybierz zdanie najlepiej określające stan Twojego zdrowia dzisiaj.

#### Zdolność poruszania się

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| Nie mam problemów z chodzeniem    | ] |
| Mam trochę problemów z chodzeniem | ] |
| Muszę pozostawać w łóżku          | ] |

#### Samoopieka

- |  |   |
|--|---|
| Nie mam żadnych problemów z samoopieką         | ] |
| Mam trochę problemów z myciem i ubieraniem się | ] |
| Nie mogę sam się umyć ani ubrać                | ] |

#### Zwykła działalność (np. praca, nauka, zajęcia domowe, aktywność rodzinna, zajęcia w czasie wolnym)

- |  |   |
|--|---|
| Nie mam problemów z wykonywaniem moich zwykłych czynności    | ] |
| Mam trochę problemów z wykonywaniem moich zwykłych czynności | ] |
| Nie mogę wykonywać moich zwykłych czynności                  | ] |

#### Ból/dyskomfort

- |   |   |
|---|---|
| Nie odczuwam bólu ani dyskomfortu       | ] |
| Odczuwam umiarkowany ból lub dyskomfort | ] |
| Odczuwam krańcowy ból lub dyskomfort    | ] |

#### Niepokój /przygnębienie

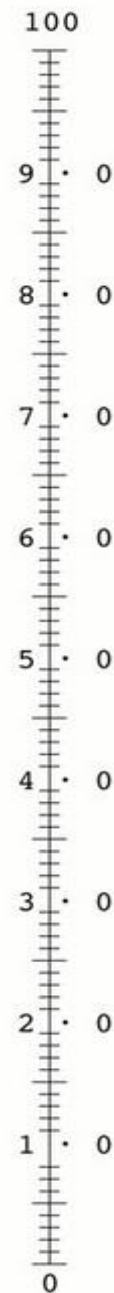
- |  |   |
|--|---|
| Nie jestem niespokojny ani przygnębiony          | ] |
| jestem umiarkowanie niespokojny lub przygnębiony | ] |
| jestem krańcowo przygnębiony                     | ] |

Aby umożliwić badanym ocenę, jak dobry lub zły jest ich stan zdrowia przygotowaliśmy skalę (podobną do skali termometru), na której najlepszy stan zdrowia jest oznaczony liczbą 100, a najgorszy stan zdrowia jaki można sobie wyobrazić jest oznaczony jako 0.

Chcielibyśmy, żebyś wskazał na skali, jak dobry lub zły jest według Ciebie stan Twojego zdrowia dzisiaj. Zrób to rysując linię z kostki poniżej do jakiegokolwiek punktu na skali, określając, jak dobry lub zły jest Twój aktualny stan zdrowia.

**Twój stan  
zdrowia  
dzisiaj**

Najlepszy  
wyobrażalny stan



Najgorszy wyobrażalny  
stan zdrowia

## Kwestionariusz oceny jakości życia SF-12

7. Generalnie możesz powiedzieć, że stan Twojego zdrowia jest:

doskonały [ ]                      dobry [ ]                      niezadowolający [ ]  
bardzo dobry [ ]                      zadowolający [ ]

8. Poniżej wymieniono w punktach czynności wykonywane zazwyczaj w ciągu dnia. Czy aktualnie Twoje zdrowie ogranicza Twoje możliwości ich wykonania? Jeśli tak, to jak bardzo?

Czynności	Bardzo ogranicza	Trochę ogranicza	Nie ogranicza wcale
c) Czynności o umiarkowanej trudności, takie jak przesuwanie stołu, odkurzanie, gra w kręgle, w golfa			
d) Pokonywanie kilku pięter schodów			

9. Czy w ostatnim miesiącu miałeś(-aś) problemy z pracą lub codzienną aktywnością, które wynikały ze stanu zdrowia i powodowały:

	TAK	NIE
c) Gorsze samopoczucie niż oczekiwałeś(-aś)?		
d) Ograniczenie w rodzaju pracy lub innych czynności?		

10. Czy w ciągu ostatniego miesiąca miałeś(-aś) problemy związane z wykonywaną pracą lub codziennymi czynnościami wynikającymi z problemów emocjonalnych (np. poczucie depresji, zdenerwowanie)?

	TAK	NIE
c) Osiągnięcia (rezultaty) mniejsze, niż oczekiwałeś(-abyś)		
d) Niemożność wykonywania pracy lub innej czynności tak starannie jak zwykle		

11. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca ból zakłócał Twoją normalną pracę (zawodową i domową)?

wcale [ ]                      średnio [ ]                      bardzo [ ]  
trochę [ ]                      nawet bardzo [ ]

12. Poniższe pytania dotyczą Twojego samopoczucia w ciągu ostatniego miesiąca. Na każde pytanie proszę udzielić jednej odpowiedzi najbardziej zbliżonej do stanu faktycznego. Ile razy wystąpił dany objaw w ciągu ostatniego miesiąca?

	Cały czas	Dużo czasu	M mało czasu	Większość czasu	Jakiś czas	wcale
e) Byłeś(-aś) wyciszony(-a) i spokojny(-a)						
f) Byłeś(-aś) pełen(-na) energii						
g) Byłeś(-aś) załamany(-a) i smutny(-a)						
h) Twoje zdrowie ograniczało kontakty towarzyskie (spotkania z przyjaciółmi lub bliską rodziną)						