ZARZĄDZENIE NR 31/2023/DGL
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 10 lutego 2023 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 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1.
Przepisy 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 programy lekowe.

2. Realizacja i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy 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 2022 r. poz. 2555 i 2674), 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 2022 r. poz. 2301), 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;

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 określonych 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 leczenie 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 ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych, zwanym dalej „katalogiem ryczałtów", 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. W przypadku wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia zgody na czasowe dopuszczenie do obrotu produktów leczniczych sprowadzanych z zagranicy, katalog substancji określa **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. Zaprzestanie 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 9-32** 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 9-32** do zarządzenia.

3. Świadczeniodawca wyłącza świadczeniobiorcę z programu lekowego w przypadku braku efektu leczenia, bądź w razie spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek 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 2022 r. poz. 1710, 1812, 1933 i 2185), 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 pełnomocnictwa do przeprowadzenia wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego wzór jest określony w **załączniku nr 8** do zarządzenia, podmiotowi, który będzie przeprowadzał to postępowanie. Pełnomocnictwo, 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 pełnomocnictwa, 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 chłoniaki 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 9-32** 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 formacie 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 ryczałtów,

c) ceny punktu;

2) „iloczyn leków” to iloczyn:

a) ilości substancji czynnej podanej świadczeniobiorcy zawartej w leku, identyfikowanym poprzez kod GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt, umieszczonym w katalogu leków,

b) wagi punktowej jednostki miary leku określonej w katalogu leków,

c) ceny punktu,

d) taryfy dla danego kodu GTIN lub innego kodu jednoznacznie identyfikującego produkt, określonej według wzoru:

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

- gdzie:

-- T – taryfa,

-- L – cena z faktury zakupu leku dla danego kodu GTIN lub innego kodu jednoznacznie identyfikującego produkt, 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 GTIN lub innego kodu jednoznacznie identyfikującego produkt;

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 hematoonkologicznych 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 programu "Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki" 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 programu lekowego;

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 terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C", wartość produktu rozliczeniowego z katalogu ryczałtów dla świadczenia o kodzie 5.08.08.0000079 "Diagnostyka w programie leczenia terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C" 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 terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C" 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 i 2a.

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 refundowanych substancji czynnych określonym w załączniku nr 1t,

c) 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 chemioterapia.

2. W przypadku leczenia świadczeniobiorcy w ramach programu lekowego B.136.FM. – Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR), dopuszcza się możliwość rozliczenia jako świadczenia podstawowego produktu z katalogu produktów odrębnych, określonego w załączniku nr 1b do zarządzenia, o kodzie 5.52.01.0001569 – hospitalizacja związana z leczeniem gruźlicy wielolekoopornej wg standardów WHO niezawierająca kosztów leków dedykowanych leczeniu gruźlicy.

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 chemioterapia.

4. Niedopuszczalne jest łączne rozliczanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe 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 chemoterapii 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 świadczeniobiorcy w ramach programu lekowego B.4 - Leczenie chorych na zaawansowanego raka jelita grubego, w sytuacji jednoczesnego stosowania leków z katalogu leków refundowanych w ramach programu lekowego - Leczenie chorych na zaawansowanego raka jelita grubego oraz substancji czynnej o kodzie 5.08.10.0000028 – Fluorouracilum z katalogu leków stosowanych w chemioterapii, określonego w załączniku nr 1n do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia;

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

3) w przypadku leczenia świadczeniobiorcy substancją czynną midostauryna lub gemtuzumab ozogamycyny lub wenetoklaks w ramach programu lekowego B.114 – Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową;

4) w przypadku leczenia świadczeniobiorcy substancją czynną tisagenlecleucel lub aksykabtagen cyloleucelu w ramach programu lekowego B.12 - Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe.

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 chemioterapia 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 chemioterapia o kodzie 5.08.05.0000170 – hospitalizacja hematologiczna u dorosłych lub 5.08.05.0000174 - hospitalizacja hematoonkologiczna u dzieci oraz

2) świadczenia z katalogu ryczałtów o kodzie 5.08.08.0000161 – diagnostyka w programie lekowym leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną – monitorowanie terapii tisagenlecleucelem.

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 chemioterapia o kodzie 5.08.05.0000170 – hospitalizacja hematologiczna u dorosłych lub 5.08.05.0000174 - hospitalizacja hematoonkologicza u dzieci oraz

2) świadczenia z katalogu ryczałtów o kodzie 5.08.08.0000145 – diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową.

11. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 pkt 4, 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 chemioterapia o kodzie 5.08.05.0000170 – hospitalizacja hematologiczna u dorosłych oraz

2) świadczenia z katalogu ryczałtów o kodzie 5.08.08.0000174 - Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem – monitorowanie terapii.

§ 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 lekowe.

§ 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. Zbiorcze 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.

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. Zbiorcze 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.
Przepisy 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 w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe 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. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2023 r., z wyjątkiem załącznika nr 5 w zakresie lp. 1 i 14 kolumny 5, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 marca 2023 r.

§ 36. Traci moc 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.

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

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/*dokument podpisany elektronicznie*/

Załącznik Nr 1k do zarządzenia Nr 31/2023/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 10 lutego 2023 r.

Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe

kod świadczenia			5.08.07.0000001	5.08.07.0000002	5.08.07.0000003	5.08.07.0000024	5.08.07.0000025	5.08.07.0000004	5.08.07.0000018	5.08.07.0000021	5.08.07.0000026	5.08.07.0000003	5.08.07.0000009	5.08.07.0000027	5.08.07.0000029	5.08.07.0000030
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 nusinersenu w znieczuleniu ogólnym i pod kontrolą tomografii komputerowej	hospitalizacja związana z podaniem nusinersenu 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 doszklistkowej w programie lekowym	przyjęcie pacjenta połączone z podaniem dichlorku 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	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym połączone z podaniem toksyny botulinowej typu A w leczeniu migreny przewlekłej	przyjęcie pacjenta połączone z podaniem Lutetium (177Lu) oxodotreotidi
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	378,56	745,79
Lp.	Kod zakresu	Nazwa zakresu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	03.0000.301.02	Leczenie chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B	x	x	x			x								
2	03.0000.303.02	Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)	x	x	x			x								
3	03.0000.304.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka jelita grubego	x		x			x								
4	03.0000.305.02	Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego	x		x			x								
5	03.0000.306.02	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	x		x			x								
6	03.0000.308.02	Leczenie mięsaków tkanek miękkich	x		x			x								
7	03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi	x		x			x								
8	03.0000.310.02	Leczenie pacjentów z rakiem nerki	x		x			x								

9	03.0000.312.02	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe	x		x			x								
10	03.0000.314.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową	x		x			x								
11	03.0000.315.02	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B		x	x			x				x	x			
12	03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	x	x	x			x								
13	03.0000.318.02	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego		x	x			x								
14	03.0000.319.02	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki	x	x	x			x				x				
15	03.0000.320.02	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	x	x	x			x				x				
16	03.0000.321.02	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	x	x	x			x				x				
17	03.0000.322.02	Leczenie choroby Pompego	x	x	x			x				x				
18	03.0000.323.02	Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III	x	x	x			x				x				
19	03.0000.324.02	Leczenie choroby Hurler	x	x	x			x				x				
20	03.0000.325.02	Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)	x	x	x			x				x				
21	03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	x	x	x			x								
22	03.0000.328.02	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	x	x	x			x								
23	03.0000.329.02	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	x	x	x			x			x					
24	03.0000.330.02	Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym		x	x			x								
25	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)	x	x	x			x								
26	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	x	x	x			x								
27	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów		x	x			x			x	x				

28	03.0000.335.02	Leczenie chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)			x			x			x	x				
29	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)			x			x			x	x				
30	03.0000.337.02	Leczenie niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek	x	x	x			x								
31	03.0000.338.02	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)	x	x	x			x				x				
32	03.0000.339.02	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami	x	x	x			x								
33	03.0000.340.02	Profilaktyka zakażeń wirusem RS		x	x			x								
34	03.0000.341.02	Leczenie zespołu Prader - Willi	x	x	x			x				x				
35	03.0000.342.02	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)	x	x	x			x				x				
36	03.0000.344.02	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy	x	x	x			x								
37	03.0000.347.02	Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej	x	x	x			x			x	x				
38	03.0000.350.02	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej	x		x			x								
39	03.0000.352.02	Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi	x		x			x								
40	03.0000.353.02	Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki	x		x			x								
41	03.0000.354.02	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego	x		x			x								
42	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	x	x	x			x								
43	03.0000.356.02	Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego	x		x			x		x						
44	03.0000.357.02	Leczenie spastyczności kończyny górnej i/lub dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A						x						x		
45	03.0000.358.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku i żołądka	x		x			x								

46	03.0000.359.02	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych	x		x			x								
47	03.0000.361.02	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną	x	x	x			x				x				
48	03.0000.362.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych			x			x								
49	03.0000.364.02	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)	x	x	x			x				x				
50	03.0000.365.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną	x	x	x			x				x				
51	03.0000.366.02	Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe	x	x	x			x								
52	03.0000.367.02	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	x	x	x			x								
53	03.0000.370.02	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki						x	x			x				
54	03.0000.371.02	Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	x		x			x								
55	03.0000.373.02	Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza	x		x			x								
56	03.0000.374.02	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	x		x			x								
57	03.0000.375.02	Leczenie chorych na aktywną postać ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA)	x		x			x				x				
58	03.0000.376.02	Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)	x	x	x			x				x				
59	03.0000.377.02	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina	x	x	x			x								
60	03.0000.379.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową	x		x			x								
61	03.0000.381.02	Leczenie mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej	x		x			x								
62	03.0000.382.02	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK			x			x			x	x				
63	03.0000.385.02	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem	x		x			x								

		trzustki														
64	03.0000.386.02	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	x	x	x			x				x				
65	03.0000.387.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc	x		x			x								
66	03.0000.388.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry wismodegibem	x		x			x				x				
67	03.0000.389.02	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)	x	x	x			x								
68	03.0000.390.02	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	x		x			x				x				
69	03.0000.395.02	Leczenie atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS)	x	x	x			x				x				
70	03.0000.396.02	Leczenie nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH)	x	x	x			x				x				
71	03.0000.397.02	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	x		x			x								
72	03.0000.398.02	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną		x	x			x								
73	03.0000.399.02	Leczenie akromegalii			x			x								
74	03.0000.401.02	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi			x			x								
75	03.0000.402.02	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	x	x	x	x	x	x				x				
76	03.0000.404.02	Leczenie choroby Fabry'ego	x	x	x			x				x				
77	03.0000.405.02	Leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) - część pośrednia, odcinek tylny lub cała błona naczyniowa						x				x				
78	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	x	x	x			x								
79	03.0000.407.02	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną			x			x								

80	03.0000.408.02	Leczenie agresywnego i objawowego, nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka rdzeniastego tarczycy	x		x			x								
81	03.0000.409.02	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	x	x	x			x				x				
82	03.0000.410.02	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym		x	x			x				x				
83	03.0000.411.02	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie	x	x	x			x				x				
84	03.0000.412.02	Leczenie chorych na mukowiscydozę	x	x	x			x								
85	03.0000.413.02	Leczenie pacjentów z chorobami nerek						x								
86	03.0000.414.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową	x	x	x			x								
87	03.0000.415.02	Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej	x		x			x								
88	03.0000.417.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem	x		x			x								
89	03.0000.418.02	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga			x			x								
90	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	x		x			x								
91	03.0000.421.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona			x			x				x				
92	03.0000.422.02	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	x	x	x			x				x				
93	03.0000.423.02	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona						x				x				

94	03.0000.424.02	Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry			x			x								
95	03.0000.425.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem	x		x			x				x				
96	03.0000.426.02	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek						x								
97	03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną	x		x			x								
98	03.0000.428.02	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat	x	x	x			x				x				
99	03.0000.429.02	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1	x	x	x			x				x				
100	03.0000.430.02	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny	x	x	x			x				x				
101	03.0000.431.02	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana	x		x			x								
102	03.0000.432.02	Stosowanie letermowiru w celu zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u dorosłych, seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	x		x			x								
103	03.0000.433.02	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą			x			x							x	
104	03.0000.434.02	Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu	x		x			x								
105	03.0000.435.02	Leczenie nintedanibem choroby śródmiąższowej płuc związanej z twardziną układową			x			x			x	x				
106	03.0000.436.02	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)	x	x				x								

107	03.0000.437.02	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki	x					x				x				
108	03.0000.438.02	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	x	x	x			x				x				
109	03.0000.439.02	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków	x		x			x								x
110	03.0000.440.02	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego	x	x				x				x				
111	03.0000.441.02	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym	x		x			x								
112	03.0000.442.02	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji	x		x			x								
Uwagi			- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzień - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi 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 o kodzie 5.08.07.0000026 nie dopuszcza się możliwości rozliczenia świadczenia o kodzie 5.08.07.0000001, 5.08.07.0000002, 5.08.07.0000003, 5.08.07.0000004; - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e; - w przypadku realizacji zakresu o kodzie 03.0000.365.02 oraz 03.0000.393.02 dotyczy tylko kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucelem albo aksykabtagenem cyloleucelu przez zespół koordynacyjny	- można łączyć ze świadczeniami z *Katalogu leków refundowanych stosowanych w programach lekowych* w zakresie koncentratów czynników krzepnięcia - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi 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	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e

Załącznik Nr 1l do zarządzenia Nr 31/2023/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 10 lutego 2023 r.

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 chorych na przewlekłe WZW typu B lamiwudyną	2 595,84
2	5.08.08.0000002	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B interferonem alfa pegylowanym	3 731,52
3	5.08.08.0000004	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B entekawirem lub tenofowirem	2 433,60
4	5.08.08.0000009	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego	3 706,00
5	5.08.08.0000011	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	3 927,00
6	5.08.08.0000013	Diagnostyka w programie leczenia mięsaków tkanek miękkich (trabektedyna)	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 pacjentów z rakiem 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 – 1 rok terapii	1 654,00
17	5.08.08.0000175	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki - 2 i kolejny rok terapii	658,00
18	5.08.08.0000027	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	1 081,60
19	5.08.08.0000028	Diagnostyka w programie leczenia ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	3 352,96
20	5.08.08.0000029	Diagnostyka w programie leczenia choroby Pompego	1 973,92
21	5.08.08.0000030	Diagnostyka w programie leczenia choroby Gauchera typu I oraz typu III	1 460,16
22	5.08.08.0000031	Diagnostyka w programie leczenia choroby Hurlera	1 297,92
23	5.08.08.0000032	Diagnostyka w programie leczenia mukopolisacharydozy typu II	2 487,68
24	5.08.08.0000034	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	711,15
25	5.08.08.0000035	Diagnostyka w programie leczenia dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	324,48
26	5.08.08.0000036	Diagnostyka w programie leczenia chorych na stwardnienie rozsiane	1 671,00
27	5.08.08.0000037	Diagnostyka w programie leczenia spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym	324,48
28	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	5 840,64
29	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	2 920,32
30	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	778,75
31	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	778,75
32	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	778,75
33	5.08.08.0000046	Diagnostyka w programie leczenia niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek	324,48
34	5.08.08.0000047	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolność nerek (PNN) hormonem wzrostu	1 784,64
35	5.08.08.0000048	Diagnostyka w programie leczenia zespołu Prader – Willi	1 135,68
36	5.08.08.0000049	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z zespołem Turnera	324,48
37	5.08.08.0000051	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią astmy	984,80
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 szpiczaka plazmocytowego – 1 rok terapii	2 590,00
41	5.08.08.0000195	Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytowego – 2 i kolejny rok terapii	768,00
42	5.08.08.0000062	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	865,28
43	5.08.08.0000063	Diagnostyka w programie leczenia chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego	2 758,08
44	5.08.08.0000065	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego raka żołądka trastuzumabem	5 890,00
45	5.08.08.0000088	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem	3 656,96
46	5.08.08.0000139	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych terapią skojarzoną wemurafenibem z kobimetynibem albo dabrafenibem z trametynibem albo enkorafenibem z binimetynibem	5 757,00
47	5.08.08.0000070	Diagnostyka w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych	2 633,70
48	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
49	5.08.08.0000073	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (dazatynib, ponatynib, blinatumomab, inotuzumab ozogamycyny)	9 196,80
50	5.08.08.0000074	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe	1 674,80
51	5.08.08.0000196	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL)	4 121,25
52	5.08.08.0000075	Diagnostyka w programie leczenia immunoglobulinami chorób neurologicznych	1 406,08
53	5.08.08.0000079	Diagnostyka w programie leczenia terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	1 514,24
54	5.08.08.0000081	Diagnostyka w programie leczenia neurogennej nadreaktywności wypieracza	458,60
55	5.08.08.0000082	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	5 137,60
56	5.08.08.0000083	Diagnostyka w programie leczenia chorych na aktywną postać ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA)	1 050,23
57	5.08.08.0000084	Diagnostyka w programie leczenia tyrozynemii typu 1 (HT-1)	4 542,72
58	5.08.08.0000085	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina brentuksymabem	4 478,85
59	5.08.08.0000092	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK	879,88
60	5.08.08.0000094	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów gruczolakorakiem trzustki paklitakselem z albuminą	5 314,00

61	5.08.08.0000095	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	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 podstawnokomórkowego 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 podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)	2 704,00
65	5.08.08.0000099	Diagnostyka w programie leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	324,48
66	5.08.08.0000102	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (piksanstron, polatuzumab)	2 528,50
67	5.08.08.0000104	Diagnostyka w programie leczenia atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS) – 1 rok terapii	6 021,33
68	5.08.08.0000105	Diagnostyka w programie leczenia atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS) - 2 i kolejny rok terapii	1 997,33
69	5.08.08.0000106	Diagnostyka w programie leczenia nocnej napadowej hemoglobinurii	4 083,00
70	5.08.08.0000107	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 718,00
71	5.08.08.0000108	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 395,00
72	5.08.08.0000109	Diagnostyka w programie leczenia akromegalii	2 388,00
73	5.08.08.0000110	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 1 rok terapii	3 705,85
74	5.08.08.0000197	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 2 i kolejny rok terapii	1 502,40
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 chorych na zaawansowanego raka jelita grubego	3 579,50
79	5.08.08.0000115	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab) – 1 rok terapii	2 997,63
80	5.08.08.0000116	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab) – 2 i kolejny rok terapii	1 112,64
81	5.08.08.0000117	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – olaparyb (1 rok terapii),	4 282,40

		niraparyb (1 rok terapii)	
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 pacjentów z zaburzeniami lipidowymi	100,00
88	5.08.08.0000125	Diagnostyka w programie leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 1 rok terapii	1 200,00
89	5.08.08.0000126	Diagnostyka w programie leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 2 i kolejny rok terapii	600,00
90	5.08.08.0000127	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 1 rok terapii	4 016,40
91	5.08.08.0000128	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (wenetoklaks, wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem, ibrutynib, akalabrutynib) – 2 i kolejny rok terapii	3 407,40
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 lub alpelisybu lub talazoparybu	3 218,00
95	5.08.08.0000133	Diagnostyka w programie leczenia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi niwolumabem lub pembrolizumabem	2 956,00
95	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
96	5.08.08.0000135	Diagnostyka w programie leczenia chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną	375,00
97	5.08.08.0000136	Diagnostyka w programie leczenia agresywnego i objawowego, nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka rdzeniastego tarczycy	3 744,00
98	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
99	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 chorych na mukowiscydozę	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	5.08.08.0000149	Diagnostyka w programie leczenia raka z komórek Merkla awelumabem	2 049,05
110	5.08.08.0000150	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Cushinga – 1 rok terapii	2 981,00
111	5.08.08.0000151	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Cushinga – 2 i kolejny rok terapii	1 595,50
112	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
113	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
114	5.08.08.0000154	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - AMD – kwalifikacja[1]	409,00
115	5.08.08.0000155	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - AMD – monitorowanie[1]	205,00
116	5.08.08.0000156	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - DME – kwalifikacja[1]	409,00
117	5.08.08.0000157	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - DME – monitorowanie[1]	249,00
118	5.08.08.0000069	Diagnostyka w programie leczenia chorych na cystynozę nefropatyczną	4 056,00
119	5.08.08.0000158	Diagnostyka w programie leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	375,00
120	5.08.08.0000159	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 1 rok terapii	1 572,50
121	5.08.08.0000160	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 2 i kolejny rok terapii	568,50
122	5.08.08.0000161	Diagnostyka w programie lekowym leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną – monitorowanie terapii	4 780,00

		tisagenlecleucelem	
123	5.08.08.0000162	Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 1 rok terapii	1 552,80
124	5.08.08.0000163	Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 2 i kolejny rok terapii	266,00
125	5.08.08.0000164	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry	358,00
126	5.08.08.0000165	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem	1 622,00
127	5.08.08.0000166	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek	974,60
128	5.08.08.0000167	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 1 rok terapii	7 548,53
129	5.08.08.0000168	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 2 i kolejny rok terapii	3 124,51
130	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
131	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
132	5.08.08.0000171	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 - 1 rok terapii	1 730,02
133	5.08.08.0000172	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 – 2 i kolejny rok terapii	532,00
134	5.08.08.0000173	Diagnostyka w programie leczenia z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny	225,00
135	5.08.08.0000174	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem – monitorowanie terapii	4 780,00
136	5.08.08.0000176	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana – 1 rok terapii	3 462,00
139	5.08.08.0000177	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana – 2 i kolejny rok terapii	1 262,00
140	5.08.08.0000178	Diagnostyka w programie stosowania letermowiru w celu zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u dorosłych, seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	1 204,00
141	5.08.08.0000179	Diagnostyka w programie zapobiegania powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu - 1 rok terapii	583,70
142	5.08.08.0000180	Diagnostyka w programie zapobiegania powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu - 2 i kolejny rok terapii	132,00
143	5.08.08.0000181	Diagnostyka w programie leczenia nintedanibem choroby śródmiąższowej płuc związanej z twardziną układową – 1 rok terapii	1 458,00
144	5.08.08.0000182	Diagnostyka w programie leczenia nintedanibem choroby śródmiąższowej płuc związanej z twardziną układową – 2 i kolejny rok terapii	831,00

145	5.08.08.0000183	Diagnostyka i monitorowanie pacjenta po transplantacji nerki w programie odczulania wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki	50 000,00
146	5.08.08.0000184	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem sacytuzumabu gowitekanu	4 845,00
147	5.08.08.0000185	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego raka żołądka ramucyrumabem	3 878,00
148	5.08.08.0000186	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego raka przełyku niwolumabem	4 140,00
149	5.08.08.0000187	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów gruczolakorakiem trzustki olaparybem	2 650,20
150	5.08.08.0000188	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD) – 1 rok terapii	2 331,70
151	5.08.08.0000189	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD) – 2 i kolejny rok terapii	934,50
152	5.08.08.0000190	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków – cały cykl terapii	7 695,86
153	5.08.08.0000191	Diagnostyka w programie leczenia wspomagającego zaburzeń cyku mocznikowego – 1 rok terapii	1 502,02
154	5.08.08.0000192	Diagnostyka w programie leczenia wspomagającego zaburzeń cyklu mocznikowego – 2 i kolejny rok terapii	354,00
155	5.08.08.0000193	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 1 rok terapii	2 045,95
156	5.08.08.0000194	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 2 i kolejny rok terapii	1 434,80
157	5.08.08.0000198	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji – 1 rok terapii	1 492,02
158	5.08.08.0000199	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji – 2 i kolejny rok terapii	352,00

[1] Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 24 ust. 5 zarządzenia

Załącznik Nr 1m do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 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 GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	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
							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	5.08.09.0000003	Alglucosidasum alfa	inj.	1	mg	1	05909990623853	Myozyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 0,05 g
3	5.08.09.0000005	Betainum anhydricum	p.o.	1	mg	1	03663502000441	Cystadane, proszek doustny, 1 g
4	5.08.09.0000006	Bevacizumabum[1]	inj.	1	mg	1	05909990010486	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml
							08715131021863	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05415062349359	Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml, 1 fiol.a 4 ml
							08436596260030	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05901797710972	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05909991451332	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
5	5.08.09.0000008	Bosentanum[1]	p.o.	1	mg	1	05909991102807	Bopaho, tabl. powl., 62,5 mg
							05909991102869	Bopaho, tabl. powl., 125 mg
							05907626708004	Bosentan Sandoz GmbH, tabletki powlekane, 125 mg
6	5.08.09.0000010	Cetuximabum	inj.	1	mg	1	05909990035922	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
							05909990035946	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
7	5.08.09.0000011	Cinacalcetum[1]	p.o.	1	mg	1	05909990016297	Mimpara, tabl. powl., 30 mg
							05909990016341	Mimpara, tabl. powl., 60 mg
							05909990016389	Mimpara, tabl. powl., 90 mg
							05909991256654	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 30 mg; 28 szt.
							05909991256685	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 60 mg; 28 szt.

							05909991256715	Cinacalcet Accord, tabl. powl., 90 mg; 28 szt.
							05909991417192	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 30 mg
							05909991417253	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 60 mg
							05909991417314	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powl., 90 mg
							05055565762707	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 30 mg
							05055565762714	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 60 mg
							05055565762721	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powl., 90 mg
8	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
9	5.08.09.0000013	Dasatynibum[1]	p.o.	1	mg	1	05909990621323	Sprycel, tabl. powl., 20 mg
							05909990621354	Sprycel, tabl. powl., 50 mg
							05909990671601	Sprycel, tabl. powl., 100 mg
							05909990818631	Sprycel, tabl. powl., 80 mg
							05909990818655	Sprycel, tabl. powl., 140 mg
							05909991418779	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 100 mg
							05909991418793	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 140 mg
							05909991418670	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 20 mg
							05909991418687	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 50 mg

							05909991418762	Dasatinib Zentiva, tabl. powl., 80 mg
10	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
							05909991363734	Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 0,5 mg
							05909991363826	Entecavir Aurovitas, tabl. powl., 1 mg
11	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
12	5.08.09.0000018	Etanerceptum[1]	inj.	1	mg	1	05909990618255	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg
							05909990712755	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg
							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
13	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
							05909991383565	Everolimus Accord, tabl., 5 mg
							05909991372538	Everolimus Stada, tabl., 10 mg
							05909991372514	Everolimus Stada, tabl., 5 mg
							05901812161307	Everolimus Vipharm, tabl., 10 mg
							05901812161277	Everolimus Vipharm, tabl., 5 mg
14	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.
15	5.08.09.0000021	Factor IX coagulationis humanus recombinate	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.
16	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.
17	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)
							05909991211936	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909991211943	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909991211912	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909991211929	Nuwiq, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
18	5.08.09.0000026	Glatirameri acetas[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
19	5.08.09.0000028	Idursulfasum	inj.	1	mg	1	05909990053742	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml
20	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
21	5.08.09.0000030	Imatinibum[1]	p.o.	1	mg	1	05909991053895	Meaxin, tabl. powl., 100 mg; 60 szt.
							05909991053963	Meaxin, tabl. powl., 400 mg; 30 szt.
							05909991051181	Nibix, kaps. twarde, 100 mg; 60 szt.
							05909991051259	Nibix, kaps. twarde, 400 mg; 30 szt.
							05055565726983	Imatinib Accord, tabl. powl., 100 mg
							05055565726990	Imatinib Accord, tabl. powl., 400 mg
22	5.08.09.0000031	Imiglucerasum	inj.	1	j.m.	1	05909990943012	Cerezyme, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 400 j.m.
23	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
							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
24	5.08.09.0000033	Infliximabum[1]	inj.	1	mg	1	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
25	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
26	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
27	5.08.09.0000040	Interferonum beta-1b	inj.	1	mcg	1	05909990619375	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 µg/ml
28	5.08.09.0000041	Lamivudinum	p.o.	1	mg	1	05909990479610	ZEFFIX, tabl. powl., 100 mg
29	5.08.09.0000042	Lapatynibum	p.o.	1	mg	1	05909990851966	TYVERB, tabl. powl., 250 mg
							05909990851973	TYVERB, tabl. powl., 250 mg
30	5.08.09.0000043	Laronidasum	inj.	1	j.m.	1	05909990005673	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml
31	5.08.09.0000045	Mecaserminum	inj.	1	mg	1	05909990076024	INCRELEX, roztwór do wstrzykiwań, 0,01 g/ml
32	5.08.09.0000047	Nilotynibum	p.o.	1	mg	1	05909990073535	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg

33	5.08.09.0000048	Palivizumabum	inj.	1	mg	1	05000456067720	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml, 0,5 ml
							05000456067713	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml, 1 ml
34	5.08.09.0000049	Panitumumabum	inj.	1	mg	1	05909990646531	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							05909990646555	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
35	5.08.09.0000050	Peginterferonum alfa-2a	inj.	1	mcg	1	05909990984718	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml
							05909990984817	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml
							05902768001013	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml
36	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
							07613421032975	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
							07613421032982	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg
							05415062360507	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
							05415062360521	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg
37	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
							05909991408299	Silungo, tabl. powl., 20 mg
38	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
							05909991414665	Norditropin NordiFlex, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 10 mg/1,5 ml
							05712249117498	Norditropin NordiFlex, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 5 mg/1,5 ml
39	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
							09008732012415	Sorafenib G.L., tabl. powl., 200 mg
							05909991456849	Sorafenib Pharmascience, tabl. powl., 200 mg
							05909991459239	Sorafenib Stada, tabl. powl., 200 mg
40	5.08.09.0000058	Sunitinibum[1]	p.o.	1	mg	1	05909990079377	Sutent, kaps. twarde, 12,5 mg
							05909990079384	Sutent, kaps. twarde, 25 mg
							05909990079391	Sutent, kaps. twarde, 50 mg

							05995327181592	Klertis, kaps. twarde, 12,5 mg
							05995327181608	Klertis, kaps. twarde, 25 mg
							05995327181615	Klertis, kaps. twarde, 50 mg
							05055565775707	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 12,5 mg
							05055565775714	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 25 mg
							05055565775721	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 50 mg
							03838989736668	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 12,5 mg
							03838989736675	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 25 mg
							03838989736682	Sunitinib Krka, kapsułki twarde, 50 mg
							05909991469580	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 12,5 mg
							05909991469597	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 25 mg
							05909991469603	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 37,5 mg
							05909991469610	Sunitinib Pharmascience, kaps. twarde, 50 mg
							05907626709261	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 12,5 mg
							05907626709278	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 25 mg
							05907626709292	Sunitinib Sandoz, kapsułki twarde, 50 mg
							05909991366520	Sunitinib Teva, kaps. twarde, 12,5 mg
							05909991366575	Sunitinib Teva, kaps. twarde, 25 mg
							05909991366674	Sunitinib Teva, kaps. twarde, 50 mg
							05909991455262	Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 12,5 mg
							05909991455200	Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 25

								mg
							05909991455330	Sunitinib Zentiva, kaps. twarde, 50 mg
							05909991419301	Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 12,5 mg
							05909991419349	Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 25 mg
							05909991419479	Sunitynib Mylan, kaps. twarde, 50 mg
							05909991458515	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 12,5 mg
							05909991458522	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 25 mg
							05909991458539	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 50 mg
							05909991436612	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 12,5 mg
							05909991436643	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 25 mg
							05909991436650	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 37,5 mg
							05909991436681	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 50 mg
							05907594032972	Suganet, kaps. twarde, 12,5 mg
							05907594033023	Suganet, kaps. twarde, 25 mg
							05907594033078	Suganet, kaps. twarde, 50 mg
41	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
							05909991379704	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powl., 245 mg
42	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
43	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
44	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.
45	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.
46	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
47	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
							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
48	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
49	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
50	5.08.09.0000068	Omalizumabum	inj.	1	mg	1	05909990708376	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg
							05909990708406	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
51	5.08.09.0000070	Certolizumabum pegol	inj.	1	mg	1	05909990734894	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp. - strzyk., 200 mg/ml
52	5.08.09.0000071	Fingolimodum[1]	p.o.	1	mg	1	05909990856480	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg
							03830070471786	Gaxenim, kaps. twarde, 0,5 mg

53	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
54	5.08.09.0000073	Ustekinumabum	s.c.	1	mg	1	05909997077505	Stelara, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							05909997077512	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg
55	5.08.09.0000075	Pazopanibum	p.o.	1	mg	1	05909990764877	Votrient, tabl. powl., 200 mg
							05909990764884	Votrient, tabl. powl., 200 mg
							05909990764891	Votrient, tabl. powl., 400 mg
							05909990764907	Votrient, tabl. powl., 400 mg
56	5.08.09.0000076	Vemurafenibum	p.o.	1	mg	1	05909990935581	Zelboraf, tabl. powl., 240 mg
57	5.08.09.0000080	Natalizumabum	inj.	1	mg	1	05909990084333	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
58	5.08.09.0000083	Abirateronum[1]	p.o.	1	mg	1	05909991307080	Zytiga, tabletki powlekane, 500 mg
							05055565780886	Abiraterone Accord, tabl. powl., 500 mg
							09008732014020	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powl., 250 mg

							09008732014037	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powl., 500 mg
							05909991472276	Abiraterone Glenmark, tabl. powl., 500 mg
							03838989746711	Abiraterone Krka, tabl. powl., 500 mg
							05909991485764	Abiraterone Pharmascience, tabl. powl., 500 mg
							05909991484651	Abiraterone Richter, tabl. powl., 500 mg
							05907626709872	Abiraterone Sandoz, tabl. powl., 1000 mg
							05907626709865	Abiraterone Sandoz, tabl. powl., 500 mg
							05909991474102	Abiraterone STADA, tabl. powl., 500 mg
							05901812162175	Abiraterone Vipharm, tabl. powl., 500 mg
							05909991469986	Abiraterone Zentiva, tabl. powl., 500 mg
							05901720140555	Abiral, tabl. powl., 500 mg
							05909991457037	Abiraterone Orion, tabl. powl., 500 mg
59	5.08.09.0000084	Axitinibum	p.o.	1	mg	1	05909991004439	Inlyta, tabl. powl., 1 mg
							05909991004460	Inlyta, tabl. powl., 5 mg
60	5.08.09.0000085	Golimumabum	inj.	1	mg	1	05909990717187	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg
61	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
62	5.08.09.0000087	Velaglucerasum alfa	inj.	1	j.	1	05909990816774	VPRIV, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.
63	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
64	5.08.09.0000092	Bexarotenum	p.o.	1	mg	1	05909990213504	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg
65	5.08.09.0000093	Epoprostenolum	inj.	1	mg	1	05909991089085	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg
							05909991089092	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg
66	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
67	5.08.09.0000095	Afliberceptum	inj.	1	mg	1	03837000137095	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
68	5.08.09.0000096	Ranibizumabum	inj.	1	mg	1	05909990000005	Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10mg/ml
69	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.
70	5.08.09.0000102	Macitentanum	p.o.	1	mg	1	07640111931133	Opsumit, tabl. powl., 10 mg; 30 tabl.
71	5.08.09.0000103	Riociguatum	p.o.	1	mg	1	05908229300305	Adempas, tabl. powl., 0,5 mg; 42 tabl.
							05908229300336	Adempas, tabl. powl., 1 mg; 42 tabl.
							05908229300367	Adempas, tabl. powl., 1,5 mg; 42 tabl.
							05908229300398	Adempas, tabl. powl., 2 mg; 42 tabl.
							05908229300428	Adempas, tabl. powl., 2,5 mg; 42 tabl.
72	5.08.09.0000104	Ledipasvirum, sofosbuvirum	p.o.	1	mg	1	05391507141217	Harvoni, tabl. powl., 90+400 mg; 28 szt.

73	5.08.09.0000105	Nitisinonum[1]	p.o.	1	mg	1	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
74	5.08.09.0000107	Brentuximabum vedotinum	inj.	1	mg	1	05909991004545	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg; 1 fiol.
75	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.
76	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
77	5.08.09.0000110	Obinutuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001105	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg; 1 fiol.po 40 ml
78	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
79	5.08.09.0000113	Pertuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001006	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg; 1 fiol.

80	5.08.09.0000115	Crizotinibum	p.o.	1	mg	1	05909991004484	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg
							05909991004507	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg
81	5.08.09.0000116	Temsirolimusum	inj.	1	mg	1	05909990080663	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg
82	5.08.09.0000117	Anakinrum	inj.	1	mg	1	07350031442090	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml
							07350031443271	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml
83	5.08.09.0000118	Paclitaxelum albuminatum	inj.	1	mg	1	05909990930265	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml
84	5.08.09.0000119	Pirfenidonum[1]	p.o.	1	mg	1	05902768001181	Esbriet, tabletki powlekane, 267 mg
							05902768001198	Esbriet, tabletki powlekane, 267 mg
							05902768001211	Esbriet, tabletki powlekane, 801 mg
							07613421107284	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 267 mg
							07613421107277	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 267 mg
							07613421107291	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 801 mg
85	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
86	5.08.09.0000121	Vismodegibum	p.o.	1	mg	1	05902768001020	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg
87	5.08.09.0000122	Trametinibum	p.o.	1	mg	1	05909991141813	Mekinist, tabl. powl., 0,5 mg
							05909991141851	Mekinist, tabl. powl., 2 mg
88	5.08.09.0000123	Cobimetinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001136	Cotellic, tabl. powl., 20 mg
89	5.08.09.0000124	Elbasvirum, grazoprevirum	p.o.	1	mg	1	05901549325102	Zepatier, tabl. powl., 50+100 mg
90	5.08.09.0000125	Alemtuzumabum	inj.	1	mg	1	05909991088156	Lemtrada, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg
91	5.08.09.0000126	Teriflunomidum	p.o.	1	mg	1	05909991088170	Aubagio, tabl. powl., 14 mg
92	5.08.09.0000127	Levodopum,	e.	1	mg	1	05909990419135	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5

		carbidopum						mg/ml
93	5.08.09.0000128	Bosutinibum	p.o.	1	mg	1	05909991056841	Bosulif, tabletki powlekane, 100 mg
							05909991056865	Bosulif, tabletki powlekane, 500 mg
94	5.08.09.0000129	Ibrutinibum	p.o.	1	mg	1	05909991195137	Imbruvica, kapsułki twarde, 140 mg
							05413868117011	Imbruvica, tabl. powl., 140 mg
							05413868117028	Imbruvica, tabl. powl., 280 mg
							05413868117035	Imbruvica, tabl. powl., 420 mg
95	5.08.09.0000130	Pixantroni dimaleas	inj.	1	mg	1	05909991206475	Pixuvri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 29 mg
96	5.08.09.0000131	Enzalutamidum	p.o.	1	mg	1	05909991080938	Xtandi, kapsułka miękka, 40 mg
							05909991415242	Xtandi, tabl. powl., 40 mg
97	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
98	5.08.09.0000133	Osimertinibum	p.o.	1	mg	1	05000456012058	Tagrisso, tabletki powlekane, 40 mg
							05000456012065	Tagrisso, tabletki powlekane, 80 mg
99	5.08.09.0000134	Radium dichloridum Ra223	inj.	1	ml	1	05908229300176	Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL
100	5.08.09.0000135	Tocilizumabum	s.c.	1	mg	1	05902768001075	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg/ml
101	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
102	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
							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
103	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
104	5.08.09.0000140	Trastuzumabum	s.c.	1	mg	1	05902768001037	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg; 1 fiol.
105	5.08.09.0000141	Eculizumabum	inj.	1	mg	1	05909990643776	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
106	5.08.09.0000142	Eltrombopagum	p.o.	1	mg	1	05909990748204	Revolade, tabletki powlekane, 25 mg
							05909990748235	Revolade, tabletki powlekane, 50 mg
107	5.08.09.0000143	Nintedanibum	p.o.	1	mg	1	05909991206444	Ofev, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991206468	Ofev, kapsułki miękkie, 150 mg
108	5.08.09.0000144	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	inj.	1	mg	1	05909991247904	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml

109	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
110	5.08.09.0000146	Pasireotidum	inj.	1	mg	1	03663502002582	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg
							03663502002575	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg
							03663502002568	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg
							03663502002605	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg
							03663502002599	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg
111	5.08.09.0000147	Vedolizumabum	inj.	1	mg	1	05909991138202	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg
112	5.08.09.0000148	Pembrolizumabum	inj.	1	mg	1	05901549325126	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
113	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
114	5.08.09.0000150	Sofosbuvirum, velpatasvirum	p.o.	1	mg	1	05391507142108	Epclusa, tabletki powlekane, 400 + 100 mg
115	5.08.09.0000151	Glecaprevirum, pibrentasvirum	p.o.	1	mg	1	08054083015927	Maviret, tabletki powlekane, 100+40 mg
116	5.08.09.0000152	Alirocumabum	s.c.	1	mg	1	05909991236618	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg

							05909991441166	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
117	5.08.09.0000153	Ixekizumabum	s.c.	1	mg	1	05909991282950	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml
118	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
							05909991398477	Imnovid, kaps. twarde, 1 mg
							05909991398484	Imnovid, kaps. twarde, 2 mg
							05909991398491	Imnovid, kaps. twarde, 3 mg
							05909991398507	Imnovid, kaps. twarde, 4 mg
119	5.08.09.0000155	Sekukinumab	s.c.	1	mg	1	05909991203832	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml
							07613421040130	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg
120	5.08.09.0000156	Atezolizumabum	inj.	1	mg	1	05902768001167	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg/20 ml
							07613326025546	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 840 mg
121	5.08.09.0000157	Nusinersenum	inj.	1	mg	1	05713219500975	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg
122	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
123	5.08.09.0000159	Alectinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001143	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg

124	5.08.09.0000160	Blinatumomabum	inj.	1	mcg	1	05909991256371	Blincyto, proszek do sporządzania koncentratu i roztwór do przygotowania roztworu do infuzji, 38,5 µg
125	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
126	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
127	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
128	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.
129	5.08.09.0000165	Palbociclibum	p.o.	1	mg	1	05415062353684	Ibrance, tabl. powl., 100 mg
							05415062353691	Ibrance, tabl. powl., 125 mg
							05415062353677	Ibrance, tabl. powl., 75 mg
130	5.08.09.0000166	Ribociclibum	p.o.	1	mg	1	05909991336769	Kisqali, kapsułki twarde, 200 mg
131	5.08.09.0000167	Baricitinibum	p.o.	1	mg	1	03837000170825	Olumiant, tabl. powl., 4 mg
							03837000170740	Olumiant, tabl. powl., 2 mg
132	5.08.09.0000168	Tofacitinibum	p.o.	1	mg	1	05907636977100	Xeljanz, tabl. powl., 5 mg
							05415062342800	Xeljanz, tabl. powl., 10 mg

133	5.08.09.0000169	Ustekinumabum	inj.	1	mg	1	05909991307066	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
134	5.08.09.0000170	Benralizumabum	inj.	1	mg	1	05000456031516	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 30 mg
							05000456059213	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg
135	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
136	5.08.09.0000172	Evolocumabum	inj.	1	mg	1	05909991224370	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg
137	5.08.09.0000173	Ocrelizumabum	inj.	1	mg	1	05902768001174	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml
138	5.08.09.0000174	Trifluridinum, tipiracilum	p.o.	1	mg	1	05901571320618	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg
							05901571320625	Lonsurf, tabl. powl., 15+6,14 mg
							05901571320632	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg
							05901571320649	Lonsurf, tabl. powl., 20+8,19 mg
139	5.08.09.0000175	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile a 100	inj.	1	j.	1	05909990643950	Xeomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j.
140	5.08.09.0000176	Ceritinibum	p.o.	1	mg	1	05909991220075	Zykadia, kaps. twarde, 150 mg
141	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
142	5.08.09.0000178	Eliglustatum	p.o.	1	mg	1	05909991205942	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg
143	5.08.09.0000179	L-karnityna	p.o.	1	g	1	05016533045017	L-karnityna, proszek, 1 g
144	5.08.09.0000180	Pegvisomantum	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
							05415062315958	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 20 mg
							05415062315965	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg
145	5.08.09.0000181	Vandetanibum	p.o.	1	mg	1	05909990935437	Caprelsa, tabl. powl., 100 mg
							05909990935444	Caprelsa, tabl. powl., 300 mg
146	5.08.09.0000182	Abemaciclibum	p.o.	1	mg	1	05014602500986	Verzenios, tabl. powl., 100 mg
							05014602500993	Verzenios, tabl. powl., 150 mg
							05014602500979	Verzenios, tabl. powl., 50 mg
147	5.08.09.0000183	Binimetinib	p.o.	1	mg	1	03573994003922	Mektovi, tabl. powl., 15 mg
148	5.08.09.0000184	Brigatinibum	p.o.	1	mg	1	07038319119956	Alunbrig, tabl. powl., 180 mg
							07038319119963	Alunbrig, tabl. powl., 90 mg
							07038319119970	Alunbrig, tabl. powl., 30 mg
							07038319119987	Alunbrig, tabl. powl., 90+180 mg
149	5.08.09.0000185	Dinutuximabum beta	inj.	1	mg	1	05060146291736	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml
150	5.08.09.0000186	Encorafenibum	p.o.	1	mg	1	03573994003939	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg
							03573994003946	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg
151	5.08.09.0000187	Guselkumabum	s.c.	1	mg	1	05413868113006	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml
152	5.08.09.0000188	Ponatinibum	p.o.	1	mg	1	07640159433613	Iclusig, tabl. powl., 15 mg
							07640159433637	Iclusig, tabl. powl., 45 mg
153	5.08.09.0000189	Risankizumabum	s.c.	1	mg	1	08054083019277	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg/0,83 ml
							08054083023021	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml
154	5.08.09.0000190	Romiplostimum	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
155	5.08.09.0000191	Ivacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167104606	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg
							00351167112205	Kalydeco, granulat w saszetce, 50 mg
							00351167113103	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg
							00351167136201	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg
							00351167144503	Kalydeco, tabl. powl., 75 mg
156	5.08.09.0000192	Migalastatum	p.o.	1	mg	1	05909991390273	Galafold, kaps. twarde, 123 mg
157	5.08.09.0000193	Selexipagum	p.o.	1	mcg	1	07640111932796	Uptravi, tabl. powl., 1000 µg
							07640111932802	Uptravi, tabl. powl., 1200 µg
							07640111932819	Uptravi, tabl. powl., 1400 µg
							07640111932826	Uptravi, tabl. powl., 1600 µg
							07640111932833	Uptravi, tabl. powl., 200 µg
							07640111932758	Uptravi, tabl. powl., 200 µg
							07640111932765	Uptravi, tabl. powl., 400 µg
							07640111932772	Uptravi, tabl. powl., 600 µg
							07640111932789	Uptravi, tabl. powl., 800 µg
158	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
159	5.08.09.0000195	Inotuzumabum ozogamicini	inj.	1	mg	1	05907636977193	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg
160	5.08.09.0000196	Ketoanalogi aminokwasów	p.o.	1	mg	1	05909990338511	Ketosteril, tabl. powl., 630 mg
161	5.08.09.0000197	Avelumabum	inj.	1	mg	1	04054839462153	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
162	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
163	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.
164	5.08.09.0000200	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	p.o.	1	mg	1	05391507143303	Vosevi, tabl. powl., 400 + 100 + 100 mg
165	5.08.09.0000201	Olaparibum	p.o.	1	mg	1	05000456031325	Lynparza, tabl. powl., 100 mg
							05000456031318	Lynparza, tabl. powl., 150 mg
166	5.08.09.0000202	Dacomitinibum	p.o.	1	mg	1	05415062343951	Vizimpro, tabl. powl., 15 mg
							05415062343968	Vizimpro, tabl. powl., 30 mg
							05415062343975	Vizimpro, tabl. powl., 45 mg
167	5.08.09.0000203	Dexamethasonum	inj.	1	mcg	1	05909990796663	Ozurdex, implant doszklistkowy, 700 µg
168	5.08.09.0000204	Lorlatinibum	p.o.	1	mg	1	05415062343531	Lorviqua, tabl. powl., 100 mg
							05415062348147	Lorviqua, tabl. powl., 25 mg
169	5.08.09.0000205	Lanadelumabum	inj.	1	mg	1	05060147027884	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
170	5.08.09.0000206	Mercaptamini bitartras	p.o.	1	mg	1	05909990213689	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg
171	5.08.09.0000207	Tisagenlecleucelum[5]	inj.	1	zestaw[2]	1	05909991384388	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10^6 – 6 x 10^8 komórek
172	5.08.09.0000208	Trientinum tetrahydrochloridum	p.o.	1	mg	1	05350626000102	Cuprior, tabl. powl., 150 mg
173	5.08.09.0000209	Amifampridinum	p.o.	1	mg	1	05055956400706	Firdapse, tabl., 10 mg
174	5.08.09.0000210	Brolucizumabum	inj.	1	mg	1	07613421034993	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml
175	5.08.09.0000211	Cemiplimabum	inj.	1	mg	1	05909991408329	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg
176	5.08.09.0000212	Dupilumabum	s.c.	1	mg	1	05909991341435	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
							05909991404741	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg
177	5.08.09.0000213	Levofloxacinum	inh.	1	mg	1	08025153003014	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg

178	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
179	5.08.09.0000215	Tyldrakizumabum	s.c.	1	mg	1	08430308131700	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
180	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
181	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.
182	5.08.09.0000218	Givosiranum[3]	s.c.	1	fiol.	1	08720165814046	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml; 1 fiol.po 1 ml
183	5.08.09.0000219	Apalutamidum	p.o.	1	mg		05413868117059	Erleada, tabl. powl., 60 mg
184	5.08.09.0000220	Atalurenum	p.o.	1	mg	1	05391528830510	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 1000 mg
							05391528830497	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 125 mg
							05391528830503	Translarna, granulki do przygotowywania zawiesiny doustnej, 250 mg
185	5.08.09.0000221	Darolutamidum	p.o.	1	mg	1	05908229303337	Nubeqa, tabl. powl., 300 mg
186	5.08.09.0000222	Ivacaftorum + Lumacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167131701	Orkambi, granulat, 125+100 mg
							00351167131800	Orkambi, granulat, 188+150 mg
187	5.08.09.0000223	Ivacaftorum + Tezacaftorum[4]	p.o.	1	mg	1	00351167136102	Symkevi, tabl. powl., 150+100 mg
							00351167144404	Symkevi, tabl. powl., 75+50 mg

188	5.08.09.0000224	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum[4]	p.o.	1	mg	1	00351167143902	Kaftrio, tabl. powl., 75+50+100 mg
189	5.08.09.0000225	Lumasiranum[3]	s.c.	1	fiol.	1	08720165814138	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml
190	5.08.09.0000226	Axicabtagene ciloleucel[4]	inj.	1	worek	1	05909991438487	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek
191	5.08.09.0000227	Polatuzumabum vedotinum	inj.	1	mg	1	07613326024143	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 140 mg
							07613326029353	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg
192	5.08.09.0000228	Denosumabum	inj.	1	mg	1	05909990935024	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg
193	5.08.09.0000229	Erenumabum	s.c.	1	mg	1	07613421024604	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml
194	5.08.09.0000230	Fedratinibum	p.o.	1	mg	1	07640133688596	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg
195	5.08.09.0000231	Fremanezumabum	s.c.	1	mg	1	05909991396497	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg
196	5.08.09.0000232	Letermovir	p.o.	1	mg	1	00191778018905	Prevymis, tabl. powl., 240 mg
							00191778018899	Prevymis, tabl. powl., 480 mg
197	5.08.09.0000233	Siltuximabum	inj.	1	mg	1	05060146292276	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							05060146292481	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg
198	5.08.09.0000234	Upadacitinibum	p.o.	1	mg	1	08054083020334	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 15 mg
199	5.08.09.0000235	Bedaquilinum	p.o.	1	mg	1	05909991140984	Sirturo, tabl., 100 mg
200	5.08.09.0000236	Gemtuzumabum ozogamicinum	inj.	1	mg	1	05415062328576	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg
201	5.08.09.0000237	Gilteritinibi fumaras	p.o.	1	mg	1	05909991426460	Xospata, tabl. powl., 40 mg

202	5.08.09.0000238	Imlifidasum[3]	inj.	1	fiol.	1	07350118290033	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg
							07350118290040	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg
203	5.08.09.0000239	Onasemnogenum abeparvovecum[3]	inj.	1	op.	1	05397227701106	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701137	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701168	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml
							05397227701199	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702844	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702875	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml
							05397227701090	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml
							05397227701120	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701151	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701182	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml

							05397227702837	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702868	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702899	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml
							05397227702905	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml
							05397227701083	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701113	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701144	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 4 fiol. 8,3 ml
							05397227701175	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702820	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702851	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 7 fiol. 8,3 ml
							05397227702882	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 8 fiol. 8,3 ml
							05397227702912	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 9 fiol. 8,3 ml
204	5.08.09.0000240	Pretomanidum[3]	p.o.	1	mg	1	05901797711139	Dovprela, tabl., 200 mg
205	5.08.09.0000241	Risdiplamum	p.o.	1	mg	1	07613326029896	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml
206	5.08.09.0000242	Alpelisibum	p.o.	1	mg	1	07613421024826	Piqray, tabl. powl., 150 mg
							07613421024840	Piqray, tabl. powl., 200 mg
							07613421024833	Piqray, tabl. powl., 50+200 mg
207	5.08.09.0000243	Glyceroli phenylbutyras	p.o.	1	g	1	07350110580354	Ravicti, płyn doustny, 1,1 g/ml

208	5.08.09.0000244	Inclisiranum	s.c.	1	mg	1	07613421047276	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 284 mg
209	5.08.09.0000245	Lutetium (177Lu) oxodotreotidi	inj.	1	fiol.	1	05909991350963	Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml
210	5.08.09.0000246	Mercaptamini hydrochloridum	ey.	1	mg	1	03663502000274	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml
211	5.08.09.0000247	Ofatumumabum	s.c.	1	mg	1	07613421040123	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg
212	5.08.09.0000248	Ozanimodum	p.o.	1	mg	1	07640133688220	Zeposia, kaps. twarde, 0,23 + 0,46 mg
							07640133688237	Zeposia, kaps. twarde, 0,92 mg
213	5.08.09.0000249	Ponesimodum	p.o.	1	mg	1	05413868120363	Ponvory, tabl. powl., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg
							05413868120370	Ponvory, tabl. powl., 20 mg
214	5.08.09.0000250	Ramucirumabum	inj.	1	mg	1	05909991205898	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml
215	5.08.09.0000251	Sacituzumabum govitecanum[3]	inj.	1	mg	1	05391507146816	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg
216	5.08.09.0000252	Satralizumabum[3]	s.c.	1	mg	1	07613326032322	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg
217	5.08.09.0000253	Siponimodum	p.o.	1	mg	1	07613421024598	Mayzent, tabl. powl., 0,25 mg
							07613421034931	Mayzent, tabl. powl., 0,25 mg
							07613421024581	Mayzent, tabl. powl., 2 mg
218	5.08.09.0000254	Talazoparibum	p.o.	1	mg	1	05415062348826	Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg
							05415062348789	Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg
219	5.08.09.0000255	Acalabrutinibum	p.o.	1	mg	1	05000456061698	Calquence, kaps. twarde, 100 mg
220	5.08.09.0000256	Avatrombopag	p.o.	1	mg	1	07350031443110	Doptelet, tabl. powl., 20 mg, 10 szt.
							07350031443127	Doptelet, tabl. powl., 20 mg, 15 szt.
							07350031443134	Doptelet, tabl. powl., 20 mg, 30 szt.
221	5.08.09.0000257	Elotuzumabum	inj.	1	mg	1	08027950032181	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg

							08027950032198	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg
222	5.08.09.0000258	Entrectinibum	p.o.	1	mg	1	07613326024891	Rozlytrek, kaps. twarde, 100 mg
							07613326024624	Rozlytrek, kaps. twarde, 200 mg
223	5.08.09.0000259	Luspaterceptum	s.c.	1	mg	1	07640133688244	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg
							07640133688251	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 mg
224	5.08.09.0000260	Vedolizumabum	s.c.	1	mg	1	07038319122857	Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml
225	5.08.09.0000261	Daratumumabum	s.c.	1	mg	1	05413868119596	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)

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

[2] - rozumiany jako 1 lub więcej worków infuzyjnych przeznaczonych do terapii danego pacjenta

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

[4] - technologia lekowa o wysokiej wartości klinicznej - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24a ustawy o refundacji

[5] - technologia lekowa o wysokiej wartości klinicznej - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24a ustawy o refundacji - **dotyczy wyłącznie programu lekowego B.12**

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 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/pełnomocnictw 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 2022 r. poz. 2561, 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 2022 r. poz. 2561, 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 2022 r. poz. 2555, 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,

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 określonymi w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, 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. Zaprzestanie 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 ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych, stanowiącym **załącznik nr 1l 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**

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 2

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	
*liczba * cena*							
wartość							
				Kwiecień	Maj	Czerwiec	
*liczba * cena*							
wartość							
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień	
*liczba * cena*							
wartość							
				Październik	Listopad	Grudzień	
*liczba * cena*							
wartość							

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

Załącznik Nr 2 do Załącznika Nr 2

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 2022 r. poz. 633, 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

Załącznik Nr 3 do Załącznika Nr 2

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 (cześć 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

Załącznik Nr 4 do Załącznika Nr 2

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 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 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	5.08.07.0000105	tenofovirum disoproxilum - p.o.	(245 mg, 30 tabl.)	**340,20**	**x**	**x**	**x**	można łączyć ze świadczeniami z załącznika nr 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych w okresie od dnia 18 lutego 2022 r. do 30 kwietnia 2023 r.

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 10 lutego 2023 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 chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B
B.3.	03.0000.303.02	Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)
B.4.	03.0000.304.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka jelita grubego
B.5.	03.0000.305.02	Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego
B.6.	03.0000.306.02	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej
B.8.	03.0000.308.02	Leczenie mięsaków tkanek miękkich
B.9.FM.	03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi
B.10.	03.0000.310.02	Leczenie pacjentów z rakiem nerki
B.12.	03.0000.312.02	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe
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 mukowiscydozą
B.28.	03.0000.328.02	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy
B.29.	03.0000.329.02	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane
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 chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów
B.35.	03.0000.335.02	Leczenie chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)
B.36.	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego 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 leczonych nerkozastępczo dializami
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 chorych z ciężką postacią astmy
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 szpiczaka plazmocytowego
B.55.	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego
B.56.	03.0000.356.02	Leczenie chorych na 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 chorych na zaawansowanego raka przełyku i żołądka
B.59.	03.0000.359.02	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych
B.61.	03.0000.361.02	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną
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 chłoniaki T-komórkowe
B.67.	03.0000.367.02	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych
B.70.	03.0000.370.02	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki
B.71.	03.0000.371.02	Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C
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 chorych na aktywną postać ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA)
B.76.	03.0000.376.02	Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)
B.77.	03.0000.377.02	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina
B.79.	03.0000.379.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową
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.85	03.0000.385.02	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki
B.86	03.0000.386.02	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi
B.87	03.0000.387.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc
B.88	03.0000.388.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry wismodegibem
B.89	03.0000.389.02	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)
B.90	03.0000.390.02	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona
B.95	03.0000.395.02	Leczenie atypowego zespołu hemolityczno - mocznicowego (aHUS)
B.96	03.0000.396.02	Leczenie nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH)
B.97	03.0000.397.02	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną
B.98	03.0000.398.02	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną
B.99	03.0000.399.02	Leczenie akromegalii
B.101	03.0000.401.02	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi
B.102.FM	03.0000.402.02	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni
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 chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną
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 chorych na mukowiscydozę
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.117	03.0000.417.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem
B.118	03.0000.418.02	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga
B.119	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
B.121	03.0000.421.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miasteniczny Lamberta-Eatona
B.122	03.0000.422.02	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu
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 zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek
B.127	03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na cieżką 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
B.129.FM	03.0000.429.02	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1
B.130	03.0000.430.02	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny
B.131	03.0000.431.02	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana
B.132	03.0000.432.02	Stosowanie letermowiru w celu zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u dorosłych, seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych
B.133	03.0000.433.02	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą
B.134	03.0000.434.02	Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu
B.135	03.0000.435.02	Leczenie nintedanibem choroby śródmiąższowej płuc związanej z twardziną układową
B.136.FM	03.0000.436.02	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)
B.137.FM	03.0000.437.02	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki
B.138.FM	03.0000.438.02	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)
B.139	03.0000.439.02	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków
B.140	03.0000.440.02	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego
B.141	03.0000.441.02	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym
B.142	03.0000.442.02	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji

03.0000.301.02	Leczenie chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 pediatryczny 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 dzieciecej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny 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 chorych na zaawansowanego raka jelita grubego

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 DNIAORAZ 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 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	
	łączny 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 chorych na raka wątrobowokomórkowego

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	badania histopatologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.306.02	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny 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	
	łączny 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 ekpresji PD-L1	

03.0000.308.02	Leczenie mięsaków tkanek miękkich

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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)	
	badanie mutacji germinalnej BRCA1/2	
	badanie mutacji genu PIK3CA z wykorzystaniem zwalidowanego testu	

03.0000.310.02	Leczenie pacjentów z rakiem nerki

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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 B-komórkowe

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1072	poradnia nowotworów krwi
	4070	oddział hematologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4072	oddział nowotworów krwi
	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	dla terapii aksybakabtagenem cyloleucelu lub 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 onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dla terapii aksybkabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem - doświadczenie w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolenie w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi aksykabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne (antygen CD-20)	
	badania histopatologiczne	
	EKG, ECHO serca z oceną EF	
	USG, RTG	
	badanie cytometrii przepływowej	
	tomografia komputerowa (TK) lub rezonans magnetyczny, lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET-CT)	

03.0000.314.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	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 wyłacznie 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; (łączny czas pracy – równoważnik 2 etatów; nie dotyczy dyżuru medycznego) w tym lekarz posiadający co najmniej stopień naukowy doktora nauk medycznych (łączny czas pracy - równoważnik 1 etatu, nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	lokalne centra leczenia hemofilii	lekarze (łączny czas pracy - równoważnik 2 etatów, nie dotyczy dyżuru medycznego), w tym – lekarz specjalista w dziedzinie hematologii lub pediatrii, lub onkologii i hematologii dziecięcej (łączny czas pracy - równoważnik 1 etatu; nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	świadczeniodawcy udzielających świadczenia „leczenie w warunkach domowych”	lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej (łączny czas pracy – równoważnik 1 etatu; nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu

pielęgniarki	pielęgniarki z odbytym szkoleniem w zakresie przetaczania krwi i jej składników	
	łączny 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
wyposażenie w sprzęt	regionalne centra leczenia hemofilii - w miejscu udzielania świadczeń - dotyczy oddziału	kardiomonitor
	lokalne centra leczenia hemofilii - w miejscu udzielania świadczeń - dotyczy oddziału	kardiomonitor

03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1080	poradnia immunologiczna
	1081	poradnia immunologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1401	poradnia pediatryczna
	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**

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	oddział pediatryczny o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	117	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	117	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny 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	
	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	

03.0000.320.02	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	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
organizacja udzielania świadczeń	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	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
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 - 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej, lub hematologii i onkologii dziecięcej	
	łączny 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	
	łączny 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)

	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
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	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, 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	
	łączny 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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

	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
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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 chorych na stwardnienie rozsiane

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670 HC.1.2. 22	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	4670 HC.1.2. 58	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	4671 HC.1.2. 58	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	4671 HC.1.2. 22	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dorośli - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: kardiologii, okulistyki, dermatologii i wenerologii, chorób zakaźnych, chorób płuc; dzieci - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: kardiologii, kardiologii dziecięcej, okulistyki, dermatologii i wenerologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	w lokalizacji udzielania świadczeń	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi, badanie moczu, test ciążowy)
	zapewnienie dostępu do	EKG (12-kanałowe lub RR)
		rezonans magnetyczny (bez i po podaniu kontrastu)
		RTG
		oznaczenia poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV)
		badań w kierunku HIV, HBV, HCV, TBC, HPV
		testu na obecność przeciwciał anty-JCV
		określenie polimorfizmu genu CYP2C9

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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 HC.1.2. 53	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii
	4670 HC.1.2. 54	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii dziecięcej
	4671 HC.1.2. 53	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu kardiologii
	4671 HC.1.2. 54	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu kardiologii dziecięcej
	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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 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	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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 chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

03.0000.335.02	Leczenie chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1200	poradnia dermatologiczna
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4200	oddział dermatologiczny
	4280	oddział reumatologiczny
	4670 HC.1.2. 67	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	4670 HC.1.2. 09	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	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	
	łączny 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	
	łączny 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 chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670 HC.1.2. 57	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	4670 HC.1.2. 122	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii dziecięcej
	4671 HC.1.2. 57	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu nefrologii
	4671 HC.1.2. 122	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu nefrologii dziecięcej
	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)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny 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	
	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 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 nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny 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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.340.02	Profilaktyka zakażeń wirusem RS

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 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	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	
wyposażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.342.02	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
wyposażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

03.0000.344.02	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	odział gruźlicy i chorób płuc
	4271	odział 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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	spirometria z mozliwością wykonania próby rozkurczowej	
	PEF	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, immunologiczne (IgE całkowite i IgE-alergenowo swoiste), badanie kału w kierunku pasożytów)	

03.0000.347.02	Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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: otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodoncja 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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/chmioterapii, 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny 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	
	łączny 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 szpiczaka plazmocytowego

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny 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	
	łączny 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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 chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 HC.1.2. 24	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	4670 HC.1.2. 34	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	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	
	łączny 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	
	łączny 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 albo lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub rehabilitacji medycznej, którzy odbyli co najmniej dwa kursy z podawania toksyny botulinowej w leczeniu spastyczności po przebytym udarze mózgu, potwierdzone certyfikatem, w dwóch różnych ośrodkach rekomendowanych przez Polskie Towarzystwo Neurologiczne lub Polskie Towarzystwo Rehabilitacji	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne - INR	

03.0000.358.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku i żołądka

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	ECHO	
	USG	
	RTG	
	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	scyntygrafia	
	badania immunohistochemiczne	
	badania histopatologiczne	
	badania molekularne (ocena stanu genu HER 2)	
	test ciążowy	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badania ukladu krzepnięcia, badania ogólne moczu, hormonalne)	

03.0000.359.02	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 cystynozę nefropatyczną

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna 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
	4130	oddział nefrologiczny
	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	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub nefrologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub nefrologii dziecięcej lub pediatrii metabolicznej	
	łączny 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, pediatrii metabolicznej, gastroenterologii dziecięcej lub gastroenterologii; b) dorośli – nefrologii, neurologii, okulistyki, endokrynologii, chorób płuc, gastroenterologii
		dostęp do konsultacji psychologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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	

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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 pediatrii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny 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	
	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	

03.0000.362.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	

03.0000.365.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny 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	
	łączny 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 chłoniaki T-komórkowe

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1200	poradnia dermatologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1243	poradnia chemioterapii dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4072	oddział nowotworów krwi
	4200	oddział dermatologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	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	
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub 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 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	TAK
	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 lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	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)	
	badania histopatologiczne	
	badanie immunohistochemiczne (antygen CD30)	
	RTG	
	EKG	
	USG	
	tomografia komputerowa lub PET/TK	
	rezonans magnetyczny	

03.0000.367.02	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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	

03.0000.370.02	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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
	pozostałe	dostęp do konsultacji diabetologicznej lub lekarza chorób wewnętrznych
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 terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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
	pozostale	sala endoskopowa - w lokalizacji
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie urologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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 chorych na aktywną postać ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 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	
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	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	nie dotyczy
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii metabolicznej – dotyczy dzieci
		dostęp do konsultacji dietetycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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 klasycznego chłoniaka Hodgkina

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1243	poradnia chemioterapii dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dzieciecej
	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 dzieciecej
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
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 lub PET-CT	
	badania histopatologiczne	
	badanie immunohistochemiczne (antygen CD30)	

03.0000.379.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	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	
	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 RTG i USG	
	badania na obecność HBsAg i HBcAb	
	badanie cytomofrologiczne szpiku (antygen CD20)	
	badania cytogenetyczne i molekularne (delecja 17p lub mutacja w genie TP53)	
	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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łączny 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	MR	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

03.0000.385.02	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny 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 pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1080	poradnia immunologiczna
	1081	poradnia immunologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	52	
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	52	
	4080	oddział immunologii klinicznej
	4081	oddział immunologii klinicznej dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	52	
	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	ośrodek posiadający doświadczenie w zakresie diagnostyki, leczenia oraz opieki nad chorymi z zespołami autozapalnymi
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie immunologii klinicznej	
	łączny 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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, immunologiczne, serologiczne, morfologia krwi	
	USG	
	RTG	
	badanie słuchu	
	badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka)	
	rezonans magnetyczny	
	echo serca	

03.0000.387.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny 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	
	łączny 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 podstawnokomórkowego skóry wismodegibem

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 podstawnokomórkowego skóry: a) co najmniej 20 zabiegów usunięcia zmiany nowotworowej przeprowadzonych w trybie hospitalizacji lub b) wykonanie zabiegów radioterapii związanych z leczeniem raka podstawnokomórkowego skóry u co najmniej 15 pacjentów - w trakcie 12 miesięcy poprzedzajacych miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielenie swiadczeń opieki zdrowotnej
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostep do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej;
		dostęp do konsultacji lekarza spcjalisty w dziedzinie: onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów albo dermatologii i wenerologii - w przypadku, gdy program jest realizowany bez udziału lekarzy takiej specjalizacji.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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 everolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)**

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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. 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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji specjalisty w dziedzinie neurochirurgii w celu potwierdzenia braku możliwości leczenia chirurgicznego
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurochirurgii, gastroenterologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie układu krzepnięcia)	

03.0000.395.02	Leczenie atypowego zespołu hemolityczno - mocznicowego (aHUS)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	zapewnienie dostępu do dializoterapii i plazmaferezy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii dziecięcej lub nefrologii, lub transplantologii klinicznej	
	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 hemoglobinurii (PNH)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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. 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	
	łączny 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	
	łączny 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 przepływowej pod kątem obecności klonu PNH	
	oznaczenie grupy krwi	
	oznaczenie stężenia haptoglobiny, test Coombsa	
	oznaczenie stężenia białek dopełniacza w surowicy	
	oznaczenie troponin sercowych	
	USG dopllerowskie, 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	

03.0000.397.02	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny 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	
	łączny 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 pierwotną małopłytkowość immunologiczną

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny 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	
	łączny 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 dzieciecej.	

03.0000.399.02	Leczenie akromegalii

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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)	

03.0000.401.02	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metaboliczych
	1100	poradnia kardiologiczna
	1104	poradnia nadciśnienia tętniczego
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4100	oddział kardiologiczny
	4560	oddział kardiochirurgiczny
	4670 HC.1.2. 07	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób wewnętrznych
	4670 HC.1.2. 53	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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 chorych na rdzeniowy zanik mięśni

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	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	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	oddział anestezjologii i intensywnej terapii - w lokalizacji; w przypadku leczenia noworodków terapią genową: oddział neonatologiczny - posiadający w strukturze łóżka intensywnej terapii noworodka - zapewnienie dostępu
lekarze	dorośli - lekarze specjliści w dziedzinie neurologii z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii	
	łączny 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	
	łączny 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: pulmunologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu; gastroenterologii dzieciecej; rehabilitacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii
		dostęp do konsultacji dietetycznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania genetyczne pozwalające na potwierdzenie delecji lub mutacji genu SMN1 oraz liczby kopii genu SMN2	
	EKG (tylko dla ośrodków pediatrycznych)	
	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	

03.0000.404.02	Leczenie choroby Fabry'ego

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 HC.1.1. lub HC.1.2. 43 lub 44, lub 123	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	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	oddziła 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 biomerkera 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki z doświadczeniem w prowadzeniu leczenia błony naczyniowej oka potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki	
	łączny 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	
	łączny 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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 chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	odział gruźlicy i chorób płuc
	4271	odział 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 pediatryczny
	4670 HC.1.2. 09	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	4671 HC.1.2. 09	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu dermatologii i wenerologii
	4670 HC.1.2. 36	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
	4671 HC.1.2. 36	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu alergologii
	4670 HC.1.2. 42	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	4671 HC.1.2. 42	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób płuc
	4670 HC.1.2. 07	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób wewnętrznych
	4671 HC.1.2. 28	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	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 alergologii, lub dermatologii i wenerologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, TSH, CRP)	

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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 pediatryczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1.	
	44	
	4401	oddział pediatryczny 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	
	łączny 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, neorologii, neurochirurgii, onkologii klinicznej, hematologii, diabetologii, kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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	
wyposażenie 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	

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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny 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	
	łączny 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
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
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii meabolicznej lub pediatrii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	oznaczenie steżenia 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	

03.0000.412.02	Leczenie chorych na mukowiscydozę

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	spirometria	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badanie bakteriologiczne	

03.0000.413.02	Leczenie pacjentów z chorobami nerek

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 HC.1.1. lub HC.1.2. 60	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	4670 HC.1.2. 50	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	4670 HC.1.2. 60	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	4671 HC.1.2. 50	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	4671 HC.1.2. 60	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	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	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania swiadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	ECHO serca	
	RTG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, koagulogram, biochemiczne, badanie w kierunku obecnosci wirusowego zapalenia wątroby typu B - w tym HBsAg, HBcAg)	
	badanie na obecność mutacji FLT3 (wewnątrztandemowej duplikacji [ITD.] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD])	
	badanie immunofenotypowe potwierdzające ekspresję antygenu CD33 na komórkach blastycznych	

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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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)	

03.0000.417.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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 pacjentów z chorobą Cushinga

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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**

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	w przypadku realizacji świadczeń poza poradnią/oddziałem endokrynologicznym - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	scyntygrafia	
	RTG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	

03.0000.421.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroentorologiczna 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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii dziecięcej lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączny 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
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii, okulistyki, psychiatrii dziecięcej b) dorośli – okulistyki, psychiatrii.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	9	
	4671	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii dla dzieci
	HC.1.2.	
	9	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	4671	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii dziecięcej
	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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1200	poradnia dermatologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4200	oddział dermatologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670 HC.1.2. 09	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	4670 HC.1.2. 24	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	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 i/lub w trybie ambulatoryjnym lub b) wykonanie zabiegów radioterapii związanych z leczeniem raka kolczystokomórkowego skóry u co najmniej 15 pacjentów - w trakcie 12 miesięcy poprzedzajacych miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostep do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej;
		dostęp do konsultacji lekarza spcjalisty w dziedzinie: onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów albo dermatologii i wenerologii - w przypadku, gdy program jest realizowany bez udziału lekarzy takiej specjalizacji.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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
pielęgniarki	Pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	

03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na cieżką anemię aplastyczną

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1020	poradnia diabetologiczna
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4020	oddział diabetologiczny
	4050	oddział gastroenterologiczny
	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, lub endokrynologii, lub diabetologii, lub chorób wewnętrznych	
	łączny 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	
	łączny 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	

03.0000.429.02	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu nefrologii
	HC.1.1. lub H.C.1.2	
	57	
	4401	oddział pediatryczny o profilu nefrologii dziecięcej
	HC.1.1. lub H.C.1.2	
	122	
	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	
	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
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii lub chorób wewnętrznych	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii dziecięcej lub nefrologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne, układ krzepnięcia, gazometria	
	ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem	
	badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV	
	badanie DNA dla określenia mutacji genu AGXT	
	USG układu moczowego	

03.0000.430.02	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oodział 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	
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania genetyczne pozwalające na potwierdzenie mutacji nonsensownej genu dystrofiny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie moczu)	

03.0000.431.02	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	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	
	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	

03.0000.432.02	**Stosowanie letermowiru w celu zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u dorosłych, seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych**

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1650	poradnia transplantologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4658	oddział transplantacji szpiku
	4650	oddział transplantologiczny
	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 transplantologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	w przypadku realizacji świadczeń przez lekarzy specjalistów w dziedzinie hematologii dostęp do konsultacji specjalisty w dziedzinie transplantologii 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)	
	oznaczenie CMV IgG i IgM	
	ilościowe badanie CMV DNA	

03.0000.433.02	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	co najmniej 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii spełniających odrębnie poniższe wymagania: a) lekarz specjalista posiadający certyfikat Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy, potwierdzający umiejętności rozpoznawania i leczenia migreny przewlekłej oraz b) lekarz specjalista posiadający udokumentowane umiejętności podawania toksyny botulinowej w migrenie przewlekłej potwierdzone pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu

03.0000.434.02	Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	
	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	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania obrazowe (RTG lub TK lub MRI)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badania histopatologiczne lub cytologiczne	

03.0000.435.02	Leczenie nintedanibem choroby śródmiąższowej płuc związanej z twardziną układową

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4272	oddział chorób płuc
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	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 reumatologii lub lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji pumunologicznej lub lekarza chorób płuc lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii – w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, profil ANA obejmujący m.in. anty-Scl-70, przeciwciała antycentromerowe i przeciwko polimerazie RNA III)	
	kapilaroskopia	
	EKG	
	UKG	
	TK klatki piersiowej	
	spirometria oraz zdolność dyfuzyjna płuc dla CO (TLCO)	

03.0000.436.02	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc 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
	4274	oddział leczenia gruźlicy
	4275	oddział leczenia gruźlicy dla dzieci
	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 lub lekarze chorób płuc u dzieci	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	
	test na obecność wirusa HIV	
	badanie plwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub testu molekularnego XDR-TB lub MDR-TB	
	badania czynności wątroby	

03.0000.437.02	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1650	poradnia transplantologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4652	oddział transplantacji nerek
	4650	oddział transplantologiczny
	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	Świadczeniodawcy wykonujący średnio co najmniej 25 przeszczepień nerki rocznie, w okresie 3 lat poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz posiadający min. 10-letnie doświadczenie w prowadzeniu biorców przeszczepu. W przypadku świadczeniodawców zabezpieczających świadczenia opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 powyższy warunek podlega weryfikacji na podstawie okresu 3 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania konkursowego, w których świadczeniodawca nie miał obowiązku zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie transplantologii klinicznej lub nefrologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, immunologiczne, histopatologiczne)	
	EKG	

03.0000.438.02	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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	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 neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie ogólne moczu)	

03.0000.439.02	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1030	poradnia endokrynologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	4030	oddział endokrynologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	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	zapewnienie dostępu do pracowni lub zakładu medycyny nuklearnej (7950)
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR	
	SRI (obrazowanie receptorów somatostatynowych) – metodą PET/CT z [68Ga]Ga-DOTATATE lub SPECT/CT z [99mTc]Tc-HYNIC-TOC; PET/CT z [18F]F-FDG	
	scyntygrafia	
	badania histopatologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.440.02	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego

	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.	
	123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	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
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii lub endokrynologii lub gastroenterologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej lub neurologii dziecięcej lub endokrynologii dziecięcej lub gastroenetreologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub neurologii dziecięcej oraz do konsultacji dietetycznej, psychologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne, genetyczne)	

03.0000.441.02	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1640	poradnia urologiczna
	4240	oddział onkologiczny
	4640	oddział urologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	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 urologii	
	łączny 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 urologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	

03.0000.442.02	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	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
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie molekularne	

Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 10 lutego 2023 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 chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B**	INTERFERON PEGYLOWANY ALFA-2A, LAMIWUDYNA, ENTEKAWIR, 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 chorych na zaawansowanego raka jelita grubego**	CETUKSYMAB, PANITUMUMAB, AFLIBERCEPT, TRIFLURYDYNA + TYPIRACYL
4	03.0000.305.02	B.5.	C 22.0	**Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego**	SORAFENIB, KABOZANYTYNIB, ATEZOLIZUMAB
5	03.0000.306.02	B.6.	C 34, C 45	**Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej**	KRYZOTYNIB, OZYMERTYNIB, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, ATEZOLIZUMAB, AFATYNIB, NINTEDANIB, ALEKTYNIB, CERYTYNIB, BRYGATYNIB, DURWALUMAB, DAKOMITYNIB, LORLATYNIB, ENTREKTYNIB, CEMIPLIMAB, IPILIMUMAB
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.FM.	C 50	**Leczenie chorych na raka piersi**	TRASTUZUMAB, LAPATYNIB, PERTUZUMAB, PALBOCYKLIB, RYBOCYKLIB, TRASTUZUMAB EMTAZYNA, ABEMACYKLIB, ALPELISYB, SACYTUZUMAB GOWITEKAN[2], TALAZOPARYB

8	03.0000.310.02	B.10.	C 64	**Leczenie pacjentów z rakiem nerki**	SUNITYNIB, SORAFENIB, EWEROLIMUS, PAZOPANIB, AKSYTYNIB, TEMSYROLIMUS, KABOZANTINIB, NIWOLUMAB, IPILIMUMAB
9	03.0000.312.02	B.12.	C82, C83, C85	**Leczenie chorych na chłoniaki B - komórkowe[1]**	OBINUTUZUMAB, AKSYKABTAGEN CYLOLEUCELU[3], PIKSANTRON, POLATUZUMAB WEDOTYNY, TISAGENLECLEUCEL[3]
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, D 83, W TYM: D 83.0, D 83.1, D 83.3, D 83.8, D 83.9, D 89	**Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci**	IMMUNOGLOBULINY
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 chorych na stwardnienie rozsiane**	INTERFERON BETA, OCTAN GLATIRAMERU, FUMARAN DIMETYLU, PEGINTERFERON BETA-1A, TERYFLUNOMID, OFATUMUMAB, OZANIMOD, PONESIMODUM, SIPONIMOD, ALEMTUZUMAB, KLADRYBINA, FINGOLIMOD, NATALIZUMAB, OKRELIZUMAB
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, SELEKSYPAG
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 chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów**	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, RYTUKSYMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, TOCILIZUMAB,

				i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	TOFACYTYNIB, BARICYTYNIB, UPADACYTYNIB, ANAKINRA
28	03.0000.335.02	B.35.	L 40.5, M 07.1, M 07.2, M 07.3	**Leczenie chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)**	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB, TOFACYTYNIB, IKSEKIZUMAB, UPADACYTYNIB
29	03.0000.336.02	B.36.	M 45	**Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)**	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB, UPADACYTYNIB, IKSEKIZUMAB
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 leczonych nerkozastępczo dializami**	CYNAKALCET, PARYKALCYTOL
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, J 82	**Leczenie chorych z ciężką postacią astmy**	OMALIZUMAB, MEPOLIZUMAB, BENRALIZUMAB, DUPILUMAB
37	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

38	03.0000.350.02	B.50.	C 48, C 56, C 57	**Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej**	OLAPARYB, NIRAPARYB
39	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, C 13.9, C 14, C 32, C 32.0, C 32.1, C 32.2, C 32.3, C32.8, C 32.9	**Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi**	CETUKSYMAB, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB
40	03.0000.353.02	B.53.	C 25.4	**Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki**	EWEROLIMUS, SUNITYNIB
41	03.0000.354.02	B.54.	C 90.0	**Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego[1]**	POMALIDOMID, DARATUMUMAB, KARFILZOMIB, IKSAZOMIB, ELOTUZUMAB
42	03.0000.355.02	B.55.	K 51	**Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)**	INFLIKSYMAB, WEDOLIZUMAB, TOFACYTYNIB, USTEKINUMAB
43	03.0000.356.02	B.56.	C 61	**Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego**	OCTAN ABIRATERONU, ENZALUTAMID, DICHLOREK RADU RA-223, APALUTAMID, DAROLUTAMID
44	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
45	03.0000.358.02	B.58.	C 15, C 16	**Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku i żołądka**	TRASTUZUMAB, RAMUCIRUMABUM, NIWOLUMAB
46	03.0000.359.02	B.59.	C 43	**Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych**	NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, WEMURAFENIB, KOBIMETYNIB, DABRAFENIB, TRAMETYNIB, BINIMETYNIB, ENKORAFENIB, IPILIMUMAB

47	03.0000.361.02	B.61.	E72.0	**Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną**	CYSTEAMINA
48	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
49	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
50	03.0000.365.02	B.65.	C 91.0	**Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną[1]**	DASATYNIB, BLINATUMOMAB, PONATYNIB, INOTUZUMAB OZOGAMYCYNY, TISAGENLECLEUCEL
51	03.0000.366.02	B.66.	C 84	**Leczenie chorych na chłoniaki T – komórkowe [1]**	BEKSAROTEN, BRENTUKSYMAB VEDOTIN
52	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, G 61.0, G 36.0, M 33.0, M 33.1, M 33.2	**Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych**	IMMUNOGLOBULINY
53	03.0000.370.02	B.70.	H35.3, H36.0	**Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki**	AFLIBERCEPT, RANIBIZUMAB, BROLUCIZUMAB, BEWACYZUMAB, DEKSAMETAZON
54	03.0000.371.02	B.71.	B 18.2	**Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C**	LEDIPASWIR + SOFOSBUWIR, ELBASWIR + GRAZOPREWIR, SOFOSBUWIR + WELPATASWIR, GLECAPREWIR + PIBRENTASWIR, SOFOSBUWIR + WELPATASWIR + WOKSYLEPREWIR
55	03.0000.373.02	B.73.	N 31	**Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza**	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A

56	03.0000.374.02	B.74.	I 27, I 27.0 i/lub I 26	**Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)**	RIOCYGUAT
57	03.0000.375.02	B.75.	M 31.3, M 31.8	**Leczenie chorych na aktywną postać ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA)**	RYTUKSYMAB
58	03.0000.376.02	B.76.	E 70.2	**Leczenie tyrozynemii typu 1(HT-1)**	NITYZYNON
59	03.0000.377.02	B.77.	C 81	**Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina CD30+[1]**	BRENTUKSYMAB VEDOTIN, NIWOLUMAB
60	03.0000.379.02	B.79.	C 91.1	**Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową[1]**	OBINUTUZUMAB, AKALABRUTYNIB, IBRUTYNIB, WENETOKLAKS
61	03.0000.381.02	B.81	D 47.1	**Leczenie mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej[1]**	RUKSOLITYNIB, FEDRATYNIB
62	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, IKSEKIZUMAB, SEKUKINUMAB
63	03.0000.385.02	B.85	C 25.0, C 25.1, C 25.2, C 25.3, C 25.5, C 25.6, C 25.7, C 25.8, C 25.9	**Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki**	PAKLITAKSEL Z ALBUMINĄ, OLAPARYB
64	03.0000.386.02	B.86	E 85, R 50.9, D 89.8, D 89.9	**Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi**	ANAKINRA
65	03.0000.387.02	B.87	J 84.1	**Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc**	PIRFENIDON, NINTEDANIB

66	03.0000.388.02	B.88	C 44	**Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry wismodegibem**	WISMODEGIB
67	03.0000.389.02	B.89	Q 85.1	**Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)**	EWEROLIMUS
68	03.0000.390.02	B.90	G 20	**Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona**	LEWODOPA + KARBIDOPA, APOMORFINA
69	03.0000.395.02	B.95	D 59.3	**Leczenie atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS)**	EKULIZUMAB
70	03.0000.396.02	B.96	D 59.5	**Leczenie nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH)**	EKULIZUMAB
71	03.0000.397.02	B.97	D 69.3	**Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną**	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM, AWATROMBOPAG
72	03.0000.398.02	B.98	D 69.3	**Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną**	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM
73	03.0000.399.02	B.99	E 22.0	**Leczenie akromegalii**	PASYREOTYD, PEGWISOMANT
74	03.0000.401.02	B.101	E 78.01, I21, I22, I25	**Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi**	ALIROKUMAB, EWOLOKUMAB, INKLISIRAN
75	03.0000.402.02	B.102.FM	G 12.0, G 12.1	**Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni**	NUSINERSEN, RYSDYPLAM, ONASEMNOGEN ABEPARWOWEK[2]

76	03.0000.404.02	B.104	E 75.2	**Leczenie choroby Fabry'ego**	AGALZYDAZA ALFA, AGALZYDAZA BETA, MIGALASTATUM
77	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
78	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
79	03.0000.407.02	B.107	L 50.1	**Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną**	OMALIZUMAB
80	03.0000.408.02	B.108	C 73	**Leczenie agresywnego i objawowego, nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka rdzeniastego tarczycy**	WANDETANIB
81	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
82	03.0000.410.02	B.110	C47	**Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym**	DINUTUKSYMAB BETA
83	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
84	03.0000.412.02	B.112	E84	**Leczenie chorych na mukowiscydozę**	IWAKAFTOR, IWAKAFTOR + LUMAKAFTOR, IWAKAFTOR + TEZAKAFTOR[3], IWAKAFTOR + TEZAKAFTOR + ELEKSAKAFTOR[3]
85	03.0000.413.02	B.113	N18	**Leczenie pacjentów z chorobami nerek**	KETOANALOGI AMINOKWASÓW

86	03.0000.414.02	B.114	C92.0	**Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową[1]**	MIDOSTAURYNA, GEMTUZUMAB OZOGAMYCYNY, GILTERYTYNIB, WENETOKLAKS
87	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
88	03.0000.417.02	B.117	C44	**Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem**	AWELUMAB
89	03.0000.418.02	B.118	E24.0	**Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga**	PASYREOTYD
90	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
91	03.0000.421.02	B.121.	G73.1	**Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona**	AMIFAMPRYDYNA
92	03.0000.422.02	B.122.	D84.1	**Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu**	LANADELUMAB
93	03.0000.423.02	B.123.	E83.0	**Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona**	TRIENTYNA
94	03.0000.424.02	B.124.	L20	**Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry**	DUPILUMAB, BARICYTYNIB, UPADACYTYNIB
95	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**	CEMIPLIMAB

96	03.0000.426.02	B.126.	Q61.2	**Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek**	TOLWAPTAN
97	03.0000.427.02	B.127.	D61	**Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną**	ELTROMBOPAG
98	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**	GIWOSYRAN[2]
99	03.0000.429.02	B.129.FM.	E74.8	**Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1**	LUMAZYRAN[2]
100	03.0000.430.02	B.130.	G71.0	**Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny**	ATALUREN
101	03.0000.431.02	B.131.	D.47.7	**Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana**	SILTUKSYMAB
102	03.0000.432.02	B.132.	C81, C82, C83, C84, C85, C88, C90, C91, C92, C93, C94, C95, C96, C45, D46, D47, D56, D57, D58, D61, D75, D80, D81, D82, D84	**Stosowanie letermowiru w celu zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u dorosłych, seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych**	LETERMOWIR
103	03.0000.433.02	B.133.	G43	**Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą**	ERENUMAB, FREMANEZUMAB, TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
104	03.0000.434.02	B.134.	C18, C19, C20, C34, C50, C61, C64, C67, C79.5, C90.0	**Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu**	DENOSUMAB

105	03.0000.435.02	B.135.	M34, J.99.1	**Leczenie nintedanibem choroby śródmiąższowej płuc związanej z twardziną układową**	NINTEDANIB
106	03.0000.436.02	B.136.FM.	A15	**Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)**	BEDAKILINA, PRETOMANID[2]
107	03.0000.437.02	B.137.FM.	N18	**Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki**	IMLIFIDAZA[2]
108	03.0000.438.02	B.138.FM.	G36.0	**Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)**	SATRALIZUMAB[2]
109	03.0000.439.02	B.139.	C25.4, C17.0-C17.9, C18.0-C18.4	**Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków**	OKSODOTREOTYD LUTETU LU-177
110	03.0000.440.02	B.140.	E72.2	**Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego**	FENYLOMAŚLAN GLICEROLU
111	03.0000.441.02	B.141.	C61, C65, C66, C67, C68	**Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym**	AWELUMAB
112	03.0000.442.02	B.142.	D46.1	**Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji**	LUSPATERCEPT

[1] – program lekowy, do którego ma zastosowanie przepis § 24 ust. 4 zarządzenia

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

[3] - technologia lekowa o wysokiej wartości klinicznej - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24a ustawy o refundacji

Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 10 lutego 2023 r.

Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych

Lp.	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		2		3		4		5		6	7
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	0,0520	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 kolumnie 4, spełniająca warunek kosztowy określony w kolumnie 5 w przypadku każdego z podań lub wydań leku danemu pacjentowi w danym okresie. 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			0,0520	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			0,0520	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			0,0520	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			0,0520	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	
			-	-	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 leczonych nerkozastępczo dializami	-	-	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	2,4977	zł/mg	1,17	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40	

			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
5	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,4977	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
6	03.0000.335.02	Leczenie chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,4977	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
7	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	2,4977	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40

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	2,4977	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	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	2,4977	zł/mg	1,58
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,4977	zł/mg	1,40
10	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.09.0000018	etanerceptum	3,6613	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			3,6613	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40
11	03.0000.335.02	Leczenie chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	-	-	5.08.09.0000018	etanerceptum	3,6613	zł/mg	2,00

			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40
12	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000018	etanerceptum	3,6613	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40
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	3,6613	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			3,6613	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,6613	zł/mg	1,40
14	03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi	5.08.08.0000015	Diagnostyka w programie leczenia neoadjuwantowego lub adjuwantowego HER2+ raka piersi	-	-	5.08.09.0000065	trastuzumabum (postać dożylna)	1,3871	zł/mg	1,41
			5.08.08.0000014	Diagnostyka w programie leczenia przerzutowego HER2+ raka piersi	-	-			1,3871	zł/mg	1,31
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			1,3871	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			1,3871	zł/mg	2,00

			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,3871	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	tobramycinum	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	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	1,17
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
17	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
18	03.0000.335.02	Leczenie chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40

			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
19	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	3,5509	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
20	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	3,5509	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			3,5509	zł/mg	1,40
21	03.0000.310.02	Leczenie pacjentów z rakiem nerki	5.08.08.0000016	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem nerki	-	-	5.08.09.0000019	everolimusum	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
22	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	everolimusum	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	03.0000.375.02	Leczenie chorych na aktywną postać ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA)	5.08.08.0000083	Diagnostyka w programie leczenia chorych na aktywną postać ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie 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	

Załącznik Nr 6 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 10 lutego 2023 r.

Karta wydania leków

Oznaczenie podmiotu[1)]

KARTA WYDANIA LEKÓW
Nr……./20……..
DO TERAPII W RAMACH PROGRAMU LEKOWEGO[2)]

……
PACJENTOWI[3)]
…… 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 pieczątka, lub naklejka zawierające imię i nazwisko osoby wydającej lek oraz jej podpis

Załącznik Nr 7 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 10 lutego 2023 r.

KARTA WŁĄCZENIA ŚWIADCZENIOBIORCY DO PROGRAMU LEKOWEGO

.....

Oznaczenie podmiotu*

……

(nazwa programu lekowego)

1. **Oświadczenie świadczeniodawcy**

Oświadczam, że świadczeniobiorca …… PESEL: I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I
(imię i nazwisko)

spełnia kryteria włączenia do ww. programu lekowego.
Leczenie świadczeniobiorcy w programie rozpoczęto/zostanie rozpoczęte od dnia …….. .

……..…….....…….
(nadruk lub pieczątka 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

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.

Załącznik Nr 8 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

Pełnomocnictwo

W związku z zawartą umową z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe, na podstawie art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1710, 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 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 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 chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów; 2) Leczenie chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS); 3) Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK); 4) Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK; 5) Leczenie nintedanibem choroby śródmiąższowej płuc związanej z twardziną układową.
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 zesztywniające 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; 10) M 34 twardzina układowa; 11) J 99.1 zaburzenia układu oddechowego w innych układowych chorobach tkanki łącznej.
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 lub chorób płuc
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

2. Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie nintedanibem choroby śródmiąższowej płuc związanej z twardziną układową (ICD-10: M34, J.99.1)

1. Imię i nazwisko pacjenta:……...……..

2. PESEL:……...……..……

3. Świadczeniodawca:…….

…….....

4. Dane kontaktowe osoby składającej wniosek:

imię i nazwisko.....

telefon i adres email:.....

5. Opis pacjenta:

.....…….....

.....

.....

.....

.....…….....

.....

.....

.....

6. Pacjent spełnia wszystkie kryteria umożliwiające włączenie do programu ……...

7. Pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu…….……..

Data:……..

…….

nadruk lub pieczątka zawierające

imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania

zawodu oraz jego podpis

Załącznik Nr 10 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 10 lutego 2023 r.

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

1.	**Charakterystyka świadczenia**	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorób ultrarzadkich 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 (HT-1); 7) Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi; 8) Leczenie choroby Fabry`ego; 9) Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych; 10) Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną; 11) Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu; 12) Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona; 13) Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego
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 spichrzania 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; 18) E 72.2 – Zaburzenia przemian cyklu mocznikowego
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultrarzadkich Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultrarzadkich – Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego
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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

nadruk lub pieczątka 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 pokrewień-stwa	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. Pośladkowy _____ 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 odchyleń 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 _____

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

_____

115. Nazwisko _____

nadruk lub pieczątka 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 przesyłać 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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data _____

_____

Data _____

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

nadruk lub pieczątka 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. Pośladkowy _____ 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 odchyleń 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 obligatoryjne 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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

_____

nadruk lub pieczątka 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 przesyłać 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 Ultrarzadkich*

(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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis:

_____

Data _____

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

nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis

_____ _____

1

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. Pośladkowy_____ 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 odchyleń 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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

_____

nadruk lub pieczątka 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 przesyłać 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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data _____

_____

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

nadruk lub pieczątka 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 pokrewień-stwa	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. Pośladkowy _____ 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 odchyleń 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 genetycznego[1]:

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 _____

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

_____

119. Nazwisko _____

nadruk lub pieczątka 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. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać 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 psychologiczne, 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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data _____ _____

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

_____

nadruk lub pieczątka 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 odchyleń 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) _____ Data badania _____

_____

72. Profil acylokarnityn (stężenie C3-karnityny w suchej kropli (zakres normy _____ Data badania _____

krwi — metodą MS/MS)

_____

73. Stężenie vit. 25 OH D_3 _____ (zakres normy _____ Data badania _____
74. Stężenie Ca całk. 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 u dzieci <3 roku życia)	81. Homocysteina we krwi _____	82. Metionina (osocze/surowica) _____

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 kośćca (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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

_____

nadruk lub pieczątka 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. CHORÓB ULTRARZADKICH

Karta obserwacji

pacjenta leczonego betainą w ramach programu „Leczenie ciężkich, wrodzonych hiperhomocysteinemii”

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać 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 całk. 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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

_____

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

nadruk lub pieczątka 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 pokrewień-stwa	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 odchyleń 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 bursztynyloacetonu: zakres normy _____

_____

67. Data badania _____
68. Oznaczenie bursztynyloacetonu 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 _____
_____

91. Data badania _____
92. Białko całkowite, albuminy we krwi zakres normy _____
_____

93. Data badania _____
94. Gazometria zakres normy _____
_____

95. Data badania _____
96. Sód, potas, chlorki we krwi zakres normy _____
_____

97. Data badania _____
98. Wapń, fosfor we krwi zakres normy _____
_____

99. Data badania _____
100. Wapń, fosfor w moczu zakres normy _____
_____

101. Data badania _____
102. Mocznik, kreatynina we krwi zakres normy _____
_____

103. Data badania _____
104. Kwas moczowy we krwi zakres normy _____
_____

105. Data badania _____
106. Kwas moczowy w moczu zakres normy _____
_____

107. Data badania _____
108. Kreatynina w moczu zakres normy _____
_____

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 _____

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

_____

117. Nazwisko _____

nadruk lub pieczątka 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. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać 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 tyrozynemii 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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data _____ _____

nadruk lub pieczątka 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 CHORÓB ULTRARZADKICH – SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

nadruk lub pieczątka 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 pokrewień-stwa	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 odchyleń 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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis	*nadruk lub pieczątka 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 CHORÓB ULTRARZADKICH

SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALYCH I OBRZEKU NACZYNIORUCHOWEGO

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać 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. Czy leczenie jest skuteczne?

Tak całkowicie uzyskano ustąpienie objawów klinicznych i normalizację badań laboratoryjnych

Tak częściowo - ustąpienie objawów klinicznych, nadal istotnie nieprawidłowe badania laboratoryjne

Tak częściowo - występują objawy kliniczne, prawidłowe są badania laboratoryjne

Tak częściowo - występują objawy kliniczne i nieprawidłowe są badania laboratoryjne, ale o mniejszym nasileniu

Nie - brak odpowiedzi na leczenie

Nie - utrata odpowiedzi na leczenie

13. Inne badania i konsultacje w zależności od wskazań klinicznych

_____

_____

_____

Informacje dot. pacjenta zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

nadruk lub pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis:

_____

Data _____

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

nadruk lub pieczątka 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. 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 – 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 odchyleń 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 globotriaozylosfingozyny (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 GFR ≥30 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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

_____

113. Nazwisko _____

nadruk lub pieczątka 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 przesyłać 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 odchyleń 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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data _____ _____

nadruk lub pieczątka 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 CHOROBACH METABOLICZNYCH

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 karty lub historii choroby pacjenta _____ nr pacjenta w SMPT_____

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię _____ 33. Nazwisko _____

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

nadruk lub pieczątka 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. 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) _____

_____

_____

_____

_____

_____

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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

_____

75. Nazwisko _____

nadruk lub pieczątka 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 CHOROBACH METABOLICZNYCH

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać 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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data _____

_____

nadruk lub pieczątka 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 CHOROBACH 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 CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ

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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

_____

nadruk lub pieczątka 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 odchyleń 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 porannej porcji moczu data badania _____

_____

80. stężenie fosforu w surowicy krwi na czczo data badania _____

_____

81. stężenie fosforu w porannej porcji moczu data badania _____

_____

82. stężenie cholesterolu w surowicy krwi na czczo data badania _____

_____

83. stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi na czczo data badania _____

_____

84. stężenie białka całkowitego w surowicy krwi na czczo data badania _____

_____

85. stężenie albumin w surowicy krwi na czczo data badania _____

_____

próby wątrobowe:

79. AspAT data badania _____

_____

87. ALAT data badania _____

_____

88. gazometria krwi żylnej data badania _____

_____

89. analiza moczu data badania _____

_____

90. stężenie TSH data badania _____

_____

80. stężenie fT4 data badania _____

_____

I. Inne badania i konsultacje

92. konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR (data konsultacji, szczegółowy opis)

_____

_____

_____

_____

81. konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym) (data konsultacji, szczegółowy opis, w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia cysteaminą w postaci roztworu kropli do oczu opis musi zawierać potwierdzenie zidentyfikowania kryształków cysteaminy w badaniu przedniego odcinka dna oka)

_____

_____

_____

_____

82. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

_____

_____

_____

_____

83. konsultacja endokrynologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

_____

_____

_____

_____

96. konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów >10 r.ż. (data konsultacji, szczegółowy opis)

_____

_____

_____

_____

97. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

_____

_____

_____

_____

98. Imię _____

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

_____

99. Nazwisko _____

nadruk lub pieczątka 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 CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(*Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać 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/180 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 porannej porcji moczu	
34. stężenie fosforu w surowicy krwi na czczo	
35. stężenie fosforu w porannej porcji moczu	
36. gazometria krwi żylnej	
37. analiza moczu	
39. stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej (raz na 180 dni)	

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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data

_____

nadruk lub pieczątka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis

X C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ

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 – SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

nadruk lub pieczątka 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 pokrewień-stwa	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 odchyleń w stanie przedmiotowym, ze szczególnym uwzględnieniem nieprawidłowości związanych z chorobą zasadniczą) _____

_____

_____

_____

_____

_____

E. Badania dodatkowe:

45. Stężenie inhibitora C1 esterazy 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 esterazy 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-esterazy jest prawidłowe

49. Stężenie składowej ~~C1~~ 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. AlAT _____ (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 _____

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

_____

71. Nazwisko _____

nadruk lub pieczątka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis

_____

XI B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGREMIE LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

(*Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie SMPT- w systemie SMPT należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego*)

1. PESEL _____ 2. Nr pacjenta w systemie SMPT _____

3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis _____

_____

_____

4. Ocena częstości występowania ataków z określeniem lokalizacji i ciężkości, w tym wymagających leczenia ratunkowego __

_____

_____

_____

5. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

_____

_____

_____

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT).

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data

_____

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

Data

_____

nadruk lub pieczątka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis

XI C. 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. 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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

_____

nadruk lub pieczątka 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 odchyleń 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 _____

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

_____

62. Nazwisko _____

nadruk lub pieczątka 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).

XIII A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO

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/Nr pacjenta w systemie SMPT _____

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię _____ 33. Nazwisko _____

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

_____

nadruk lub pieczątka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis

_____

B. Dane pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____
35. Masa ciała (kg) _____

C. Wywiad:

Zaburzenia cyklu mocznikowego potwierdzone badaniem*:

a) enzymatycznym,
b) biochemicznym lub
c) genetycznym

obejmujące niedobór*:

a) syntetazy karbamoilofosforanowej I
b) karbamoilotransferazy ornitynowej
c) syntetazy argininobursztynianowej
d) ligazy argininobursztynianowej
e) arginazy I
f) translokazy ornitynowej (tzw. zespół HHH)

*proszę zaznaczyć rodzaj badania oraz niedobór

36. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii: _____

_____

_____

_____

_____

37. Brak skutecznego leczenia zaburzeń cyklu mocznikowego tylko poprzez ograniczenie spożycia białka lub suplementację aminokwasów : _____

_____

_____

_____

D. Stan przedmiotowy:

38. Data badania: _____

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

_____

_____

_____

_____

_____

E. Badania dodatkowe:

42. Stężenie amoniaku we krwi _____ (zakres normy _____),
43. Data badania: _____

44. Profil aminokwasów w osoczu; _____ (zakres normy _____),
45. Data badania: _____

46. Wydalanie kwasu orotowego w moczu _____ (zakres normy _____),
47. Data badania _____

48. Profil aminokwasów w moczu* _____ (zakres normy _____),
49. Data badania _____

(*przy podejrzeniu zespołu HHH)

50. Poziom argininobursztynianu we krwi lub w moczu* _____ (zakres normy _____),
51. Data badania _____

(*przy podejrzeniu deficytu ligazy argininobursztynianu)

52. Analiza DNA w kierunku wariantu odpowiedzialnego za hiperamonemię
    _____ _____
53. Data badania _____

54. Konsultacja psychologa – ocena rozwoju psychoruchowego i intelektualnego (data konsultacji/opis)

_____

_____

_____

_____

55. Konsultacja dietetyka – z oceną skuteczności stosowanej dotychczas diety oraz zawartości białka całkowitego i naturalnego w diecie (data konsultacji/opis)

_____

_____

_____

_____

56. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

_____

_____

_____

_____

57. Imię _____

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

_____

58. Nazwisko _____

nadruk lub pieczątka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis

_____

XIII B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGREMIE LECZENIE WSPOMAGAJCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO

(*Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie SMPT- w systemie SMPT należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego*)

1. PESEL _____ 2. Nr pacjenta w systemie SMPT _____

3. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) - opis _____

_____

_____

4. Szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii: ____

_____

_____

5. Stężenie amoniaku we krwi: _____

_____

6. Stężenie amoniakwasów w osoczu: _____

_____

7. Konsultacja psychologa (ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/intelektualnym): _____

_____

8. Konsultacja neurologiczna: _____

_____

8. Konsultacja dietetyka: _____

_____

Wykonano wszystkie badania opisane w programie lekowym, dane zostały uzupełnione w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT).

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data

_____

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

Data

_____

nadruk lub pieczątka zawierające
imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis

XIII B. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO

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 fenylomaślanem glicerolu 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 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 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 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 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 plamki związanego z wiekiem (AMD) oraz weryfikacja skuteczności leczenia, kwalifikacja do leczenia cukrzycowego obrzęku plamki (DME) oraz weryfikacja skuteczności leczenia
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	H 35.3 - Zwyrodnienie plamki i bieguna tylnego H 36.0 – Retinopatia cukrzycowa
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny Do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki
1.7	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisach programów lekowych; 2) 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 13 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

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 chorych na aktywną postać ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie 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 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 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	Leczenie 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

Załącznik Nr 15 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 10 lutego 2023 r.

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)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____ Płeć (M/K) _____

1. PESEL dziecka _____ 2. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i dane 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 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 _____

B. Dane auksologiczne:

30. Data pomiaru _____

31. Wzrost / długość _____cm 32. centyl _____ 33. hSDS _____

34. Masa ciała _____ kg 35. centyl dla wieku wzrostowego _____ 36. BMI _____

37. Wiek kostny _____ 38. Data rtg _____

39. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

40. Wzrost / długość _____ cm 41. Data I pomiaru _____

42. Wzrost / długość _____ cm 43. Data II pomiaru _____

44. Tempo wzrastania _____ cm/rok

Rodzice:	Wzrost (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	x)Przebieg dojrzewania
Ojciec:	45. _____ cm / _____ centyl	46. _____	47. _____	48. _____1)
Matka:	49. _____ cm / _____ centyl	50. _____	51. _____	52. _____1)

x) prawidłowy – 1, przedwczesny – 2, opóźniony – 3, nieznany – 4

53. Wzrost rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wzrost	
				cm	centyl
1.					
2.					
3.					
4.					

C. Wywiad:

54. Masa ciała przy ur. (g) _____ 55. Długość ciała (cm) _____ 56. Obwód głowy (cm) _____

57. Który poród _____ 58. Która ciąża _____ 59. Czas trwania ciąży w tyg. _____

60. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), gdy NIE opisz nieprawidłowości _____

_____

_____

Poród (T/N):

61. Fizjologiczny, siłami natury _____ 62. Cięcie cesarskie _____ 63. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

64. Samoistna (T/N) _____ 65. Ocena wg skali Apgar 5 min_____

66. Przebieg okresu noworodkowego (opis – jeżeli nieprawidłowy) _____

_____

_____

Inne dane z wywiadu:

67. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia _____

68. Choroby rozrostowe (T/N) (jeśli tak podać rodzaj choroby, kiedy została rozpoznana i sposób jej leczenia) _____

_____

69. Hipoglikemia – (T/N) _____

Jeżeli tak to jak często, jaka była najniższa wartość glikemii, czy z tego powodu dziecko było hospitalizowane / diagnozowane (opis): _____

_____

70. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

Jeśli Tak – wymień rodzaj choroby oraz leki, szczególnie takie które mogą hamować procesy wzrastania, np. glikokortykoidy, z podaniem sumarycznej dawki _____

_____

_____

71. Podaj także inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, bóle głowy, zaburzenia widzenia, często powtarzające się choroby i inne nieprawidłowości _____

_____

_____

_____

72. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____
Jeśli TAK, to proszę podać od kiedy, jak długo, jakim preparatem i w jakich dawkach (dane te proszę zaznaczyć także na siatce centylowej) _____

_____

_____

D. Stan przedmiotowy:

73. Data badania: _____

74. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Dojrzewanie płciowe (wg skali Tannera)

75. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: _____ 1) wczesne, 2) normalne, 3) późne, 4) nieznane

76. Stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera _____

E. Badania obrazowe:
USG przezciemiączkowe

77. Data badania _____

78. Opis _____

_____

_____

MRI lub TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.

79. Data badania _____

80. Opis _____

_____

_____

_____

_____

_____

81. Inne badania obrazowe, np. USG, itp. (T/N), _____ jeśli T – proszę 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).

82. Wyniki tych badań:

data	rodzaj badania	wynik badania
	jonogram surowicy krwi: Na+ Ca++ całkowity Ca++ zjonizowany	
	morfologia krwi, z rozmazem	
	ocena przemian lipidowych: stężenie triglicerydów, stężenie całkowitego cholesterolu stężenie frakcji HDL-cholesterolu stężenie frakcji LDL-cholesterolu	
	ocena czynności wątroby: AIAT AspAT	
	stężenie 25OH wit. D	
	p/ciała przeciw transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w klasie IGA	

83. Inne badania – data i rodzaj badania_____

_____

_____

_____

G. Badania hormonalne:

Testy stymulujące sekrecję GH (konieczne co najmniej 2 testy):

TEST 1.

84. Data wykonania _____

85. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (*jeśli test insulinowy to należy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii)* _____

86. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0’	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

TEST 2.

87. Data wykonania _____

88. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (*jeśli test insulinowy to należy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii)* _____

89. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

	0’	15'	30'	45'	60'	90'	120'	180'	jedn.
GH									
Glikemia									

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

90. Data pomiaru _____ 91. fT_3 (T/N) _____ jednostki _____

92. fT_4 (T/N) _____ jednostki _____

93. TSH: _____ jednostki _____

94. Niedoczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____

95. Podaj rodzaj i dawkę leku _____

Stężenie gonadotropin w surowicy:

96. Data pomiaru _____ FSH _____ jedn. _____ LH _____ jedn. _____

Prolaktyna w surowicy:

97. Data pomiaru _____ 98. stężenie PRL: _____ jednostki _____

Kortyzol w surowicy:

99. Data pomiaru _____ 100. Uzyskane wartości stężeń:

stężenie poranne _____ godz. _____ Jedn. _____ _____

wieczorne / nocne _____ godz. _____ Jedn. _____ _____

ACTH w surowicy:

101. Data pomiaru _____

102. Uzyskane wartości stężeń: _____ godz. _____ Jedn._____

IGF-I w surowicy:

103. Data pomiaru _____ 104. Uzyskane wartości _____jedn. _____

Należy podać normę laboratoryjną _____jedn. _____

IGFBP-3 w surowicy:

105. Data pomiaru _____ 106. Uzyskane wartości _____ jedn. _____

Należy podać normę laboratoryjną _____ jedn. _____

H. Inne badania ważne do postawienia rozpoznania

Ocena przemian węglowodanowych:

107. stężenie glukozy na czczo _____

108. Data pomiaru _____ 109. Uzyskana wartość _____ jedn. _____

110. odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c) _____

111. Data pomiaru _____ 112. Uzyskana wartość _____%

113. Test doustnego obciążenia glukozą (OGTT), z oceną glikemii i insulinemii

114. Data pomiaru _____ 115. Ilość podanej glukozy _____ g

	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
Glikemia						
Insulinemia						

Inne badania (data i rodzaj badania)

116. _____

I. Konsultacje

117. Konsultacja okulistyczna z oceną dna oka _____

Inne konsultacje (podaj datę i rodzaj konsultacji)

118. _____

J. Rozpoznanie:

119. Postać idiopatyczna SNP (T/N) _____ _____ 120. Wielohormonalna (T/N) _____

121. Izolowana (T/N) _____ 122. Rodzinna (T/N) _____

Postać organiczna:

123. (T/N) – jeśli tak to podaj przyczynę i sposób leczenia _____

124. Zabiegi neurochirurgiczne lub inne operacje: (T/N) _____ jeśli tak to podaj kiedy był zabieg i opisz rodzaj zabiegu _____

_____

125. 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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

_____

nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis

_____

UWAGA!

1. Wniosek bez oceny wieku kostnego – z załączeniem RTG śródręcza oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania Dziecka (siatki centylowe) i bez zgody rodziców/opiekunów na leczenie nie będzie rozpatrywany.
2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych badań, koniecznych do rozpoznania SNP, 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)

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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis

_____ _____

B. Dane auksologiczne 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. fT_4 _____ 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. _____ FSH jednostki _____

IGF-I w surowicy:

107. Data _____ 108. _____ IGF-I jednostki _____

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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

_____

nadruk lub pieczątka 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)

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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

nadruk lub pieczątka 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 wymień 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 Tannera)

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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis

_____ _____

UWAGA!

1. Wniosek bez RTG śródręcza (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)

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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

nadruk lub pieczątka 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. Bezdechy 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 _____

$IGFBP_3$ 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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

_____

nadruk lub pieczątka 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 śródręcza do oceny wieku kostnego, pomiaru stężeń TSH, fT_4 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)

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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

nadruk lub pieczątka 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. 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 kadriologiczna (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. Gliemia 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 programy lekowe.

Lekarz prowadzący:

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

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

nadruk lub pieczątka 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, fT_4 i IGF-I, $IGFBP_3$, testu generacji somatomedyn, oceny wieku kostnego (z załączeniem RTG śródręcza) 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)

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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

nadruk lub pieczątka 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. Pośladkowy _____

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 lekowe.

Lekarz prowadzący:

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

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

nadruk lub pieczątka 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 śródręcza), 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).

Załącznik Nr 16 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

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

Załącznik Nr 17 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

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 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację i weryfikację skuteczności leczenia nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH)

1.	**Charakterystyka świadczenia**	
1.1	kompetencje zespołu	Kwalifikacja i 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 kwalifikacji i weryfikacji zostały określone w opisie programu lekowego; 2) kwalifikacja i 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 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 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 chorych na rdzeniowy zanik 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	kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego
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 ustalone przez Zespół Koordynacyjny ds. leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni**

I A. WZÓR WNIOSKU O KWALIFIKACJĘ DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10 G 12.0, G12.1) DLA LEKU ZOLGENSMA (ONASEMNOGEN ABEPARWOWEK)

1. Imię i Nazwisko:…….....

2. Data urodzenia:……..

3. PESEL:……...

4. Płeć: K/M

5. Jednostka wystawiająca wniosek (pełna nazwa):

……

……

…….....

6. Lek wnioskowany:…….....

7. Wynik badania genetycznego – bialleliczna mutacja genu SMN1 TAK / NIE

8. Wynik badania genetycznego – liczba kopii genu SMN2 (proszę podać liczbę)…….....

9. Typ SMA: SMA1 SMA2 SMA3 przedobjawowy

10. Dotychczasowe leczenie (w ramach programu lekowego, badania klinicznego, programu wczesnego dostępu, innych źródeł finansowania):

a. Nusinersenem TAK / NIE

b. Risdiplamem TAK / NIE

c. Branaplamem TAK / NIE

11. Ocena w skali funkcjonalnej CHOP-INTEND - proszę podać sumę punktów: ……

12. Aktualne informacje o szczepieniach obowiązkowych TAK / NIE

13. Zachowana zdolność połykania TAK / NIE

14. Tracheostomia i wentylacja mechaniczna TAK / NIE

15. Niewydolność oddechowa od urodzenia TAK / NIE

16. Masa ciała (w kg) .....

17. Zaburzenia połykania wymagające karmienia z zastosowaniem sondy dożołądkowej lub gastrostomii odżywczej TAK / NIE

18. Aktywna infekcja TAK / NIE

19. Choroby współistniejące (proszę wymienić)

…….

…….....

a. uniemożliwiające podanie leczenia w ocenie lekarza prowadzącego TAK / NIE

b. uniemożliwiające podanie leczenia w ocenie Zespołu Koordynacyjnego TAK / NIE

20. nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze, znana alergia lub nadwrażliwość na prednizolon lub inne glikokortykosteroidy lub ich substancje pomocniczeTAK / NIE

21. Miano przeciwciał przeciwko adenowirusowi o serotypie 9 (AAV9)

22. Wyniki badań laboratoryjnych:

a. GGTP

b. AlAT

c. AspAT

d. BILIRUBINA

e. KREATYNINA

f. HEMOGLOBINA

g. BIAŁE KRWINKI

h. PLT

i. STĘŻENIE TROPONINY I

23. Stwierdza się, że pacjent *spełnia/ nie spełnia* wszystkie pozostałe kryteria umożliwiające leczenie zgodnie z opisem programu lekowego.

24. U pacjenta w chwili obecnej *stwierdza/ nie stwierdza się* kryteriów stanowiących przeciwwskazania do włączenia do programu

25. Opis pacjenta:

……

……

……

……

……

……

……

Data i podpis lekarza wnioskującego

I B. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIA CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI

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 mojego dziecka lekiem onasemnogen abeparwowek oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____ _____

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).

I C. WZÓR WNIOSKU O KWALIFIKACJĘ DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10 G 12.0, G12.1) DLA LEKU EVRYSDI (RYSDYPLAM)

1. Imię i Nazwisko:……....
2. Data urodzenia:……..
3. PESEL:……...
4. Płeć: K/M
5. Jednostka wystawiająca wniosek (pełna nazwa):

……
……
…….....

6. Lek wnioskowany:…….....
7. Wynik badania genetycznego – mutacja genu SMN1 TAK NIE
8. Wynik badania genetycznego – liczba kopii genu SMN2 (proszę podać liczbę)……..
9. Typ SMA: SMA1 SMA2 SMA3 przedobjawowy
10. Wiek wystąpienia objawów:
11. Dotychczas leczony rysdyplamem TAK / NIE

a. Jeśli tak – data rozpoczęcia leczenia…….

b. Liczba punktów w momencie rozpoczęcia leczenia:

Skala CHOP-INTEND……..

Skala HINE……...

lub

Skala HFMSE……

12. Dotychczas leczony nusinersenem TAK / NIE

Jeśli TAK:

a. data rozpoczęcia leczenia……..

b. Data zakończenia leczenia ……

c. Liczba punktów w momencie rozpoczęcia leczenia:

Skala CHOP-INTEND……..

Skala HINE……...

lub

Skala HFMSE……

d. Liczba punktów w momencie zakończenia leczenia:

Skala CHOP-INTEND……..

Skala HINE……...

lub

Skala HFMSE……

e. Liczba podanych dawek

13. Dotychczas leczony branaplamem TAK / NIE

Jeśli TAK:

a. data rozpoczęcia leczenia……..

b. Data zakończenia leczenia ……

c. Liczba punktów w momencie rozpoczęcia leczenia:

Skala CHOP-INTEND……..

Skala HINE……...

lub

Skala HFMSE……

d. Liczba punktów w momencie zakończenia leczenia:

Skala CHOP-INTEND……..

Skala HINE……...

lub

Skala HFMSE……

e. Liczba podanych dawek

14. Dotychczas leczony onasemnogenem abeparwowek TAK / NIE

Jeśli TAK:

a. data podania leku……..

b. Liczba punktów w momencie rozpoczęcia leczenia:

Skala CHOP-INTEND……..

Skala HINE……...

lub

Skala HFMSE……

c. Liczba punktów w momencie zakończenia leczenia:

Skala CHOP-INTEND……..

Skala HINE……...

lub

Skala HFMSE……

15. Ocena w skali funkcjonalnej wybranej odpowiednio dla wieku i stopnia zaawansowania objawów w momencie kwalifikacji – proszę podać sumę punktów

Skala CHOP-INTEND……..

Skala HINE……...

lub

Skala HFMSE……

16. Wentylacja TAK / NIE

Jeśli TAK:

a. rodzaj: INWAZYJNA / NIEINWAZYJNA

b. ile godzin dziennie

17. Żywienie dojelitowe TAK / NIE

18. Ocena funkcji narządów:

a. Ocena funkcji wątroby PRAWIDŁOWA / NIEPRAWIDŁOWA

b. Ocena funkcji nerek PRAWIDŁOWA / NIEPRAWIDŁOWA

c. Ocena funkcji układu krzepnięcia PRAWIDŁOWA / NIEPRAWIDŁOWA

19. Stwierdza się, że pacjent *spełnia/ nie spełnia* wszystkie pozostałe kryteria umożliwiające leczenie zgodnie z opisem programu lekowego.

20. U pacjenta w chwili obecnej *stwierdza/ nie stwierdza się* kryteriów wyłączenia z programu

21. Opis pacjenta:

……

……

……

……

……

……

Data i podpis lekarza wnioskującego

I D. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIA CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI

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 (na leczenie mojego dziecka*) rysdyplamem 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 20 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 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

Załącznik Nr 21 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

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 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 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)
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	C47 – 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.

Załącznik Nr 23 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

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

Załącznik Nr 24 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

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 w leczeniu chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną
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 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 25 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 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

Załącznik Nr 26 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry

1.	**Charakterystyka świadczenia**	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie chorych na zaawansowanego raka kolczystokomórkowego skóry cemiplimabem
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.
1.8	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 - porada lekarska, konsultacja, asysta

Załącznik Nr 27 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

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 wątrobowa (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.
1.8	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 - porada lekarska, konsultacja, asysta

Załącznik Nr 28 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1

1.	**Charakterystyka świadczenia**	
1.1	kompetencje zespołu	Kwalifikacja do leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	Hiperoksaluria typu 1 (ICD-10: E74.8)
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację do leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii lub nefrologii dziecięcej, lub chorób wewnętrznych, lub pediatrii metabolicznej
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.
1.8	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 - porada lekarska, konsultacja, asysta

Załącznik Nr 29 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny

1.	**Charakterystyka świadczenia**	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie dystrofii mięśniowej Duchenne'a spowodowanej mutacją nonsensowną w genie dystrofiny
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	Dystrofia mięśniowa Duchenne'a – G71.0
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację do leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii, neurologii dziecięcej i genetyki klinicznej
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.
1.8	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 – porada lekarska, konsultacja, asysta

Załącznik Nr 30 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem w programie lekowym Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe (ICD-10: C82, C83, C85)

1.	**Charakterystyka świadczenia**	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem chorych na chłoniaki z dużych komórek B oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	C82 - chłoniaki nieziarnicze guzkowe C83 – chłoniaki nieziarnicze rozlane C85 – inne i nieokreślone postacie chłoniaków nieziarniczych
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na chłoniaki
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów 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 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 31 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia imlifidazą w programie lekowym Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki

1.	**Charakterystyka świadczenia**	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia imlifidazą wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	N18 – przewlekła niewydolność nerek
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii oraz 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 imlifidazą przez Zespół Koordynacyjny ds. leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki**

Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia z zastosowaniem terapii imlifidazą w programie lekowym Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko	PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta: .....

Badanie przedmiotowe (należy dołączyć skan karty zgłoszenia pacjenta do KLO)

…..…….....

.....

.....

.....

.....

Kryteria kwalifikacji do leczenia

1) schyłkowa niewydolność nerek TAK / NIE

2) małe prawdopodobieństwo przeszczepienia w ramach dostępnego systemu alokacji nerek, w tym programów priorytetyzacji dla wysoko immunizowanych pacjentów:

   a) cPRA>=90% i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku TAK / NIE

   b) cPRA >=85% i <90% i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku i: TAK / NIE

   - brak zadowalających efektów po przejściu dwóch protokołów odczulania lub TAK / NIE

   - ocena Zespołu Koordynującego ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki wskazująca na potencjalną niską skuteczność protokołu odczulania u danego pacjenta TAK / NIE

3) pacjent, dla którego korzyść z przeszczepienia niezgodnego narządu jest większa niż ryzyko pozostania na liście oczekujących i dializy, z uwzględnieniem powiązanego z tym ryzyka rozwoju powikłań oraz śmiertelności TAK / NIE

4) brak chorób współistniejących mogących stanowić przeciwskazanie do odczulania i przeszczepienia nerki TAK / NIE

Przeciwskazania	TAK	NIE
Wcześniejsze leczenie imlifidazą		
Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą		
Trwające poważne zakażenie		
Zakrzepowa plamica małopłytkowa (TTP)		

Badania (wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy):

cPRA - ...……

DSA/MFI - ...……..

Uwagi:

.....

.....

.....

Data: ……..... ……..…….....

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

..... dnia……..

Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia z zastosowaniem imlifidazy w programie lekowym Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki:

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: ……PESEL: …….

Świadczeniodawca wnioskujący: ……

Lek: Idefirix

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji: ……..

Data decyzji: ……..... .....

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki

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 imlifidazą w programie lekowym Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki

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 imlifidazą 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 32 do zarządzenia Nr 31/2023/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 10 lutego 2023 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)

1.	**Charakterystyka świadczenia**	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	G36.0 – Zapalenie rdzenia kręgowego i nerwów wzrokowych [zespół Devica]
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Pacjentów ze Spektrum Zapalenia Nerwów Wzrokowych i Rdzenia Kręgowego
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii oraz neurologii 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 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 leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)

Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)

Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko	PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Dane do kwalifikacji:

Wiek pacjenta: .....

Wynik badania MRI potwierdzający rozpoznanie NMOSD: .....

Wynik badania potwierdzający obecność przeciwciał anty-AQP4: .....

Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS: .....

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE
1. rozpoznanie chorób ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych oraz rdzenia kręgowego (NMOSD) - oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych		
2. potwierdzenie obecności przeciwciał anty-AQP4		
3. EDSS od 0 do 6,5 włącznie		
4. brak przeciwwskazań do stosowania satralizumabu określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL)		
5. brak wcześniejszego leczenia inną terapią z zastosowaniem leków z grupy inhibitorów interleukiny 6		

Przeciwskazania do włączenia do programu:	TAK	NIE
nadwrażliwość na satralizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą		
trwające aktualnie czynne zakażenie do momentu ustąpienia		
aktywny nowotwór złośliwy		
wcześniejsze leczenie przeciwciałem anty-CD20, ekulizumabem, przeciwciałem monoklonalnym anty-BLyS, lekiem zapobiegającym nawrotom stwardnienia rozsianego w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu		
wcześniejsze leczenie anty-CD4, kladrybiną, cyklofosfamidem lub mitoksantronem, przeszczepienie komórek macierzystych szpiku w ciągu 2 lat przed przystąpieniem do programu		
inne stany kliniczne, które w opinii lekarza, mogą stanowić przeciwwskazania do terapii		

inne przeciwwskazania wymienione w aktualnej ChPL		

Uwagi:

.....

.....

.....

Data: ……

……..……

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

..... dnia……..

Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Pacjentów ze Spektrum Zapalenia Nerwów Wzrokowych i Rdzenia Kręgowego:

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: ……PESEL: …….

Świadczeniodawca wnioskujący: ……

Lek: Enspryng

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:……. ……..…….

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Pacjentów ze Spektrum Zapalenia Nerwów Wzrokowych i Rdzenia Kręgowego

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 lekowym Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)

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 satralizumabem 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).

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 2022 r. poz. 2561, 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.

Mając na uwadze liczne zmiany dotychczas obowiązującego zarządzenia 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, 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 2022 r. poz. 2555, 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 21 grudnia 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2023 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 132).

Najważniejsze zmiany dotyczą:

1) w § 27 ust 2 pkt 2 dodano możliwość rozliczania substancji czynnych z katalogu leków, określonego w załączniku 1m do zarządzenia oraz substancji czynnych z katalogu refundowanych substancji czynnych, określonego w załączniku 2t do zarządzenia, łącznie z substancjami zawartymi w katalogu refundowanych substancji czynnych, określonym w załączniku nr 1t do zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia;

2) załącznika nr 1k do zarządzenia, określającego *Katalog świadczeń i zakresów* i polegają na:

a) zmianie nazw zakresów:

- 03.0000.306.02 na „Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej",

- 03.0000.312.02 na „Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe",

- 03.0000.366.02 na „Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe",

- 03.0000.377.02 na „Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina",

- 03.0000.379.02 na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową",

b) dodaniu zakresu 03.0000.442.02 „Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji",

c) usunięciu zakresów:

- 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",

- 03.0000.392.02 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem",

- 03.0000.393.02 „Leczenie chorych na chłoniaki rozlane z dużych komórek B oraz inne chłoniaki B-komórkowe",

- 03.0000.400.02 „Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu",

- 03.0000.403.02 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem",

d) umożliwieniu rozliczania świadczeń o kodzie 5.08.07.0000002 hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci w ramach zakresu świadczeń 03.0000.366.02 „Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe",

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

3) załącznika nr 11 do zarządzenia, określającego *Katalog ryczałtów za diagnostykę* i polegają na:

a) dodaniu kodów świadczeń:

- 5.08.08.0000195 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytowego – 2 i kolejny rok terapii”,

- 5.08.08.0000196 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL)”,

- 5.08.08.0000197 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 2 i kolejny rok terapii”,

- 5.08.08.0000198 „Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji – 1 rok terapii”,

- 5.08.08.0000199 „Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji – 2 i kolejny rok terapii”,

b) zmianie nazwy świadczeń o kodach:

- 5.08.08.0000011 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej”,

- 5.08.08.0000061 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytowego – 1 rok terapii”,

- 5.08.08.0000074 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe”,

- 5.08.08.0000085 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina brentuksymabem”,

- 5.08.08.0000102 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (piksanstron, polatuzumab)”,

- 5.08.08.0000110 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 1 rok terapii”,

- 5.08.08.0000115 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab) – 1 rok terapii”,

- 5.08.08.0000116 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab) – 2 i kolejny rok terapii”,

- 5.08.08.0000127 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 1 rok terapii”,

- 5.08.08.0000128 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (wenetoklaks, wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem, ibrutynib, akalabrutynib) – 2 i kolejny rok terapii”,

- 5.08.08.0000174 na „Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem – monitorowanie terapii”,

c) usunięciu kodów świadczeń:

- 5.08.08.0000087 „Diagnostyka w programie leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem”,

- 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”,

- 5.08.08.0000101 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem”,

d) zmianie wartości punktowej świadczeń o kodach:

- 5.08.08.0000061 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytowego – 1 rok terapii” z 3 350,00 na 2 590,00,

- 5.08.08.0000074 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe” z 2 943,00 na 1 674,80,

- 5.08.08.0000085 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina brentuksymabem” z 3 861,00 na 4 478,85,

- 5.08.08.0000110 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 1 rok terapii” z 3 302,67 na 3 705,85,

- 5.08.08.0000115 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab) – 1 rok terapii” z 3 990,00 na 2 997,63,

- 5.08.08.0000116 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab) – 2 i kolejny rok terapii” z 873,00 na 1 112,64,

- 5.08.08.0000127 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 1 rok terapii” z 3 242,00 na 4 016,40,

- 5.08.08.0000128 „Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (wenetoklaks, wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem, ibrutynib, akalabrutynib) – 2 i kolejny rok terapii” z 1 090,00 na 3 407,40,

- 5.08.08.0000183 „Diagnostyka i monitorowanie pacjenta po transplantacji nerki w programie odczulania wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki” z 25 000,00 na 50 000,00,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

4) załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego *Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych* i polegają na:

a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000005 Betainum anhydricum,

- 5.08.09.0000013 Dasatynibum,

- 5.08.09.0000058 Sunitinibum,

- 5.08.09.0000083 Abirateronum,

- 5.08.09.0000119 Pirfenidonum,

- 5.08.09.0000129 Ibrutinibum,

- 5.08.09.0000156 Atezolizumabum,

- 5.08.09.0000189 Risankizumabum,

b) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:

- 5.08.09.0000255 Acalabrutinibum,

- 5.08.09.0000256 Avatrombopag,

- 5.08.09.0000257 Elotuzumabum,

- 5.08.09.0000258 Entrectinibum,

- 5.08.09.0000259 Luspaterceptum,

- 5.08.09.0000260 Vedolizumabum,

- 5.08.09.0000261 Daratumumabum,

c) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000005 Betainum anhydricum,

- 5.08.09.0000041 Lamivudinum,

d) usunięciu substancji czynnej i kodów GTIN: 5.08.09.0000081 Lenalidomidum,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,

e) oznaczeniu substancji czynnych o kodach:

- 5.08.09.0000207 Tisagenlecleucelum,

- 5.08.09.0000223 Ivacaftorum + Tezacaftorum,

- 5.08.09.0000224 Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum,

- 5.08.09.0000226 Axicabtagene ciloleucel,

- jako technologii lekowych o wysokiej wartości klinicznej, w związku z ustawą z dnia 1 grudnia 2022 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2022 r. poz. 2674) oraz zgodnie z pismem Ministra Zdrowia znak: PLR.4504.1374.2022.1.KWA z dnia 28 grudnia 2022 r.,

f) oznaczeniu substancji czynnych o kodach: 5.08.09.0000013 Dasatynibum oraz 5.08.09.0000119 Pirfenidonum, jako substancji, których średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym oraz uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ,

g) wykreśleniu oznaczenia substancji czynnej 5.08.09.0000041 Lamivudinum jako substancji, której średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,

h) wprowadzeniu zmian porządkujących w związku ze zgłaszanymi uwagami:

- przeniesienie kodu GTIN: 05909997077512 Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg z produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000169 Ustekinumabum do produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000073,

- wyodrębnienie kodu GTIN: 07038319122857 Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml z produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000147 Vedolizumabum do nowego produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000260,

- wyodrębnienie kodu GTIN: 05413868119596 Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml) z produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000161 Daratumumabum do nowego produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000261,

- zmiana określenia drogi podania dla produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.09.0000073 Ustekinumabum na „s.c.";

5) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego *Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych* i polegają na:

a) zmianie nazw zakresów: 03.0000.306.02, 03.0000.312.02, 03.0000.366.02, 03.0000.377.02, 03.0000.379.02 analogicznie, jak wymieniono w pkt 2a uzasadnienia,

b) dodaniu wymagań dla programu lekowego: B.142 „Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji", w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,

c) usunięciu wymagań dla programów lekowych:

- B.84 „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",

- B.92 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem",

- B.93 „Leczenie chorych na chłoniaki rozlane z dużych komórek B oraz inne chłoniaki B-komórkowe",

- B.100 „Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu",

- B.103 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem",

d) zmianie wymagań dla programów:

- B.12 „Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe” w części: „organizacja udzielania świadczeń”, „lekarze”, „pielęgniarki” oraz „zapewnienie realizacji badań”,

- B.66 „Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe” w części: „organizacja udzielania świadczeń”, „lekarze” oraz „zapewnienie realizacji badań”,

- B.77 „Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina” w części „organizacja udzielania świadczeń”,

- B.79 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową” w części: „organizacja udzielania świadczeń”, „pielęgniarki” oraz „zapewnienie realizacji badań”,

- B.139 „Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków” w części: „zapewnienie realizacji badań”,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,

- B.137.FM. „Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki” w części „organizacja udzielania świadczeń – pozostałe”, w związku z wnioskiem Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ;

6) załącznika nr 4 do zarządzenia, określającego *Wykaz programów lekowych* i polegają na:

a) zmianie nazw zakresów: 03.0000.306.02, 03.0000.312.02, 03.0000.366.02, 03.0000.377.02, 03.0000.379.02 analogicznie, jak wymieniono w pkt 2a uzasadnienia,

b) dodaniu substancji czynnych:

- entrektynib, cemiplimab, ipilimumab w programie lekowym B.6 „Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej”,

- aksykabtagen cyloleucelu, piksantron, polatuzumab wedotyny, tisagenlecleucel w programie lekowym B.12 „Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe”,

- elotuzumab w programie lekowym B.54 „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego”,

- niwolumab w programie lekowym B.77 „Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina”,

- akalabrutynib, ibrutynib, wenetoklaks w programie lekowym B.79 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową”,

- awatrombopag w programie lekowym B.97 „Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną”,

- luspatercept w programie lekowym B.142 „Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji”,

c) usunięciu substancji czynnej lenalidomid w programie lekowym B.54 „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego”,

d) dodaniu programu lekowego B.142 „Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji”,

e) usunięciu programów lekowych:

- B.84 „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”,

- B.92 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową ibrutynibem”,

- B.93 „Leczenie chorych na chłoniaki rozlane z dużych komórek B oraz inne chłoniaki B-komórkowe”,

- B.100 „Leczenie chorych na oporną i nawrotową postać klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu”,

- B.103 „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem”,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

7) zmiany załącznika nr 5, określającego *Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych* i polegają na obniżeniu progu kosztowego uprawniającego do zastosowania współczynnika korygującego dla substancji czynnych o kodach:

a) 5.08.09.0000008 bosentanum z 0,0637 na 0,0520,

b) 5.08.09.0000065 trastuzumabum (postać dożylna) z 1,7411 na 1,3871,

- po analizie średnich cen leków w miesiącu listopadzie 2022 roku, mających obowiązywać od dnia 1 marca 2023 r.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.

Brzmienie § 35 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 2023 r., z wyjątkiem załącznika nr 5, określającego *Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych,* w zakresie lp. 1 i 14 kolumny 5, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 marca 2023 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Wprowadzone 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.

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 4 -18 stycznia 2023 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

W trakcie konsultacji do ww. projektu zarządzenia odniosły się 23 podmioty, przy czym uwagi 2 podmiotów zostały złożone po wyznaczonym terminie oraz 8 podmiotów przekazało informację o braku uwag do projektu zarządzenia.

Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą:

1) zmiany załącznika nr 1m do zarządzenia, określającego *Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych*, poprzez oznaczenie substancji czynnych o kodach: 5.08.09.0000013 Dasatynibum oraz 5.08.09.0000119 Pirfenidonum, jako substancji, których średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 31 zarządzenia, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym oraz uwagą zgłoszoną przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ;

2) zmiany załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego *Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych* poprzez zmianę wymagań dla programów:

- B.137.FM. „Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki" w części „organizacja udzielania świadczeń – pozostałe" poprzez zmianę zapisu z:

„Świadczeniodawcy wykonujący średnio co najmniej 25 przeszczepień nerki rocznie, w okresie 3 lat poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz posiadający min. 10-letnie doświadczenie w prowadzeniu biorców przeszczepu."

na: „Świadczeniodawcy wykonujący średnio co najmniej 25 przeszczepień nerki rocznie, w okresie 3 lat poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz posiadający min. 10-letnie doświadczenie w prowadzeniu biorców przeszczepu. W przypadku świadczeniodawców

zabezpieczających świadczenia opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 powyższy warunek podlega weryfikacji na podstawie okresu 3 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania konkursowego, w których świadczeniodawca nie miał obowiązku zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.”,

w związku z wnioskiem Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,

- B.142. „Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji” w części „zapewnienie realizacji badań” poprzez zmianę nazwy badania z „badanie cytogenetyczne” na „badanie molekularne”, w związku z uwagami zgłoszonymi przez Sekcję ds. MDS PALG Polska Grupa ds. Leczenia Białaczek u Dorosłych, Stowarzyszenie Hematoonkologiczni oraz Panią dr n. med. Bożenę Katarzynę Budziszewską.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący