

**ZARZĄDZENIE NR 76/2024/DGL  
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 2 sierpnia 2024 r.

**zmieniające zarządzenie 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 2024 r. poz. 146 i 858) oraz na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W zarządzeniu Nr 175/2023/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe (z późn. zm<sup>1)</sup>), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 9 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) współpracy z zespołem koordynacyjnym i przekazywania zespołowi koordynacyjnemu dokumentów wymaganych zgodnie z **załącznikami nr 9-34c** do zarządzenia, jeżeli opis programu przewiduje funkcjonowanie takiego zespołu;”;

2) w § 10 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„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 9-34c** do zarządzenia.”;

3) § 19 otrzymuje brzmienie:

„§ 19. 1. Oznaczenie powołanych zespołów koordynacyjnych i zakres ich działania określają **załączniki nr 9-34c** do zarządzenia.

2. Składy zespołów koordynacyjnych określają **załączniki nr 35-60c** do zarządzenia.”;

4) § 20 otrzymuje brzmienie:

„§ 20. Zespoły koordynacyjne działają na podstawie regulaminów stanowiących **załączniki nr 61-89** do zarządzenia.”;

5) załącznik nr 1k do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego zarządzenia;

6) załącznik nr 1l do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego zarządzenia;

7) załącznik nr 1m do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;

8) załącznik nr 2t do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;

9) załącznik nr 3 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia;

10) załącznik nr 4 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego zarządzenia;

11) załącznik nr 7 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do niniejszego zarządzenia;

---

<sup>1)</sup>Zmienionym zarządzeniem nr 183/2023/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 grudnia 2023 r., zarządzeniem nr 7/2024/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 stycznia 2024 r. oraz zarządzeniem nr 49/2024/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 maja 2024 r.

- 12) załącznik nr 9 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 8 do niniejszego zarządzenia;
- 13) załącznik nr 10 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 9 do niniejszego zarządzenia;
- 14) załącznik nr 14 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 10 do niniejszego zarządzenia;
- 15) załącznik nr 15 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 11 do niniejszego zarządzenia;
- 16) załącznik nr 16 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 12 do niniejszego zarządzenia;
- 17) załącznik nr 19 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 13 do niniejszego zarządzenia;
- 18) załącznik nr 24 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 14 do niniejszego zarządzenia;
- 19) załącznik nr 32 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 15 do niniejszego zarządzenia;
- 20) załącznik nr 41 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 16 do niniejszego zarządzenia;
- 21) załącznik nr 42 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 17 do niniejszego zarządzenia;
- 22) załącznik nr 34a do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 18 do niniejszego zarządzenia;
- 23) dodaje się do załącznik nr 34b do zarządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 19 do niniejszego zarządzenia;
- 24) dodaje się do załącznik nr 34c do zarządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 20 do niniejszego zarządzenia;
- 25) dodaje się do załącznik nr 60b do zarządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 21 do niniejszego zarządzenia;
- 26) dodaje się do załącznik nr 60c do zarządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 22 do niniejszego zarządzenia;
- 27) dodaje się do załącznik nr 88 do zarządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 23 do niniejszego zarządzenia;
- 28) dodaje się do załącznik nr 89 do zarządzenia w brzmieniu określonym w załączniku nr 24 do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.** Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

**§ 3. 1.** Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia w terminie 30 dni od dnia jego wejścia w życie.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 2.

**§ 4.** Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 lipca 2024 r., z wyjątkiem załącznika, o którym mowa w § 1 pkt 8, w zakresie lp. 5, 6 i 7, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 24 kwietnia 2024 r.

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

**PREZES  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

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

## Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe

kod świadczenia			5.08.07.000001	5.08.07.000002	5.08.07.000003	5.08.07.000004	5.08.07.000005	5.08.07.000006	5.08.07.000007	5.08.07.000008	5.08.07.000009	5.08.07.000010	5.08.07.000011	5.08.07.000012	5.08.07.000013	5.08.07.000014
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 doszkliskowych 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 kończyn	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	03.0000.304.02	Leczenie chorych na raka jelita grubego	x		x			x								
3	03.0000.305.02	Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego	x		x			x								
4	03.0000.306.02	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	x		x			x								
5	03.0000.308.02	Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich	x		x			x								
6	03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi	x		x			x								
7	03.0000.310.02	Leczenie pacjentów z rakiem nerki	x		x			x								
8	03.0000.312.02	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe	x		x			x				x				
9	03.0000.314.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową	x		x			x								
10	03.0000.315.02	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B		x	x			x				x	x			
11	03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności	x	x	x			x								



		u dzieci														
12	03.0000.318.0 2	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego		x	x			x								
13	03.0000.319.0 2	Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki	x	x	x			x				x				
14	03.0000.320.0 2	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	x	x	x			x				x				
15	03.0000.321.0 2	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	x	x	x			x				x				
16	03.0000.322.0 2	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	x	x	x			x				x				
17	03.0000.323.0 2	Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III	x	x	x			x				x				
18	03.0000.324.0 2	Leczenie choroby Hurler	x	x	x			x				x				
19	03.0000.325.0 2	Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)	x	x	x			x				x				
20	03.0000.327.0 2	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	x	x	x			x								
21	03.0000.328.0 2	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	x	x	x			x								
22	03.0000.329.0 2	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	x	x	x			x			x					
23	03.0000.330.0 2	Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym		x	x			x								
24	03.0000.331.0 2	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)	x	x	x			x								
25	03.0000.332.0 2	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	x	x	x			x								
26	03.0000.333.0 2	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów		x	x			x			x	x				
27	03.0000.335.0 2	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)			x			x			x	x				
28	03.0000.336.0 2	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)			x			x			x	x				

29	03.0000.337.0 2	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek	x	x	x			x								
30	03.0000.338.0 2	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)	x	x	x			x			x					
31	03.0000.339.0 2	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami	x	x	x			x								
32	03.0000.340.0 2	Profilaktyka zakażeń wirusem RS		x	x			x								
33	03.0000.341.0 2	Leczenie zespołu Prader - Willi	x	x	x			x			x					
34	03.0000.342.0 2	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)	x	x	x			x			x					
35	03.0000.344.02	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy	x	x	x			x								
36	03.0000.347.0 2	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	x	x	x			x		x	x					
37	03.0000.350.0 2	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej	x		x			x								
38	03.0000.352.0 2	Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi	x		x			x								
39	03.0000.354.0 2	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytozy	x		x			x								
40	03.0000.355.0 2	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	x	x	x			x								
41	03.0000.356.0 2	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego	x		x			x		x						
42	03.0000.357.0 2	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	x		x			x					x			
43	03.0000.358.0 2	Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka	x		x			x								
44	03.0000.359.0 2	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych	x	x	x			x								
45	03.0000.361.0 2	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną	x	x	x			x			x					
46	03.0000.362.0 2	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych			x			x								
47	03.0000.364.0 2	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)	x	x	x			x			x					

48	03.0000.365.0 2	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną	x	x	x			x				x			
49	03.0000.366.0 2	Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe	x	x	x			x							
50	03.0000.367.0 2	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	x	x	x			x							
51	03.0000.370.0 2	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki						x	x			x			
52	03.0000.371.0 2	Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	x		x			x							
53	03.0000.373.0 2	Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza	x		x			x							
54	03.0000.374.0 2	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	x		x			x							
55	03.0000.375.0 2	Leczenie chorych na aktywną postać ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA)	x		x			x				x			
56	03.0000.376.0 2	Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)	x	x	x			x				x			
57	03.0000.377.0 2	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina	x	x	x			x							
58	03.0000.379.0 2	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową	x		x			x							
59	03.0000.381.0 2	Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)	x		x			x							
60	03.0000.382.0 2	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK			x			x		x		x			
61	03.0000.385.0 2	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki	x		x			x							
62	03.0000.386.0 2	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	x	x	x			x				x			
63	03.0000.387.0 2	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc	x		x			x							
64	03.0000.388.0 2	Leczenie pacjentów chorych na raka podstawokomórkowego skóry	x		x			x				x			
65	03.0000.389.0 2	Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi	x	x	x			x							

		(SEGA)														
66	03.0000.390.0 2	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	x		x			x					x			
67	03.0000.395.0 2	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)	x	x	x			x					x			
68	03.0000.396.0 2	Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)	x	x	x			x					x			
69	03.0000.397.0 2	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	x		x			x								
70	03.0000.398.0 2	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną		x	x			x								
71	03.0000.399.0 2	Leczenie akromegalii			x			x								
72	03.0000.401.0 2	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi			x			x								
73	03.0000.402.0 2	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	x	x	x	x	x	x					x			
74	03.0000.404.0 2	Leczenie choroby Fabry'ego	x	x	x			x					x			
75	03.0000.405.0 2	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)						x	x				x			
76	03.0000.406.0 2	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								
77	03.0000.407.0 2	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną			x			x								
78	03.0000.408.0 2	Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy	x	x	x			x								
79	03.0000.409.0 2	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	x	x	x			x					x			
80	03.0000.410.0 2	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym		x	x			x					x			
81	03.0000.411.0 2	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie	x	x	x			x					x			
82	03.0000.412.0 2	Leczenie chorych na mukowiscydozę	x	x	x			x								

83	03.0000.413.0 2	Leczenie pacjentów z chorobami nerek						x								
84	03.0000.414.0 2	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową	x	x	x			x								
85	03.0000.415.0 2	Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej	x		x			x								
86	03.0000.417.0 2	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem	x		x			x								
87	03.0000.418.0 2	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga			x			x								
88	03.0000.419.0 2	Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy	x		x			x								
89	03.0000.421.0 2	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona			x			x			x					
90	03.0000.422.0 2	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	x	x	x			x			x					
91	03.0000.423.0 2	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona						x			x					
92	03.0000.424.0 2	Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry			x			x								
93	03.0000.425.0 2	Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry	x		x			x			x					
94	03.0000.426.0 2	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek						x								
95	03.0000.427.0 2	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną	x		x			x								
96	03.0000.428.0 2	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat	x	x	x			x			x					
97	03.0000.429.0 2	Leczenie chorych na pierwotną hiperksalurię typu 1	x	x	x			x			x					
98	03.0000.430.0 2	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny	x	x	x			x			x					
99	03.0000.431.0 2	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana	x		x			x								

100	03.0000.432.0 2	Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	x	x	x			x							
101	03.0000.433.0 2	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą			x			x						x	
102	03.0000.434.0 2	Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu	x		x			x							
103	03.0000.435.0 2	Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc			x			x		x	x				
104	03.0000.436.0 2	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)	x	x				x							
105	03.0000.437.0 2	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki	x					x			x				
106	03.0000.438.0 2	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	x	x	x			x			x				
107	03.0000.439.0 2	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków	x		x			x							x
108	03.0000.440.0 2	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego	x	x	x			x			x				
109	03.0000.441.0 2	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym	x		x			x							
110	03.0000.442.0 2	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji	x		x			x							
111	03.0000.443.0 2	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową	x	x	x			x			x				

11 2	03.0000.444.0 2	Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)	x	x	x			x				x				
11 3	03.0000.445.0 2	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)	x		x			x								
11 4	03.0000.446.0 2	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma	x		x			x								
11 5	03.0000.447.0 2	Leczenie chorych na depresję lekooporną						x								
11 6	03.0000.448.0 2	Leczenie chorych na raka endometrium	x		x			x								
11 7	03.0000.449.0 2	Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi	x	x	x			x								
11 8	03.0000.450.0 2	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE)	x		x			x		x	x					
11 9	03.0000.451.0 2	Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)		x	x			x			x					
12 0	03.0000.452.0 2	Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)						x								
12 1	03.0000.453.0 2	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego			x			x								
12 2	03.0000.454.0 2	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet			x			x								
12 3	03.0000.455.0 2	Leczenie chorych z nerwiakowłókniami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)		x	x			x			x					
12 4	03.0000.456.0 2	Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa			x			x								
12 5	03.0000.457.0 2	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii	x		x			x								
12 6	03.0000.458.0 2	Leczenie chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B	x	x	x			x			x					
12 7	03.0000.459.0 2	Leczenie chorych na raka szyjki macicy	x		x			x								
12 8	03.0000.460.0 2	Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej	x		x			x								

12 9	03.0000.461.0 2	Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)			x			x								
13 0	03.0000.462.0 2	Leczenie pacjentów z kardiomiopatią	x		x			x				x				
13 1	03.0000.463.0 2	Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka	x		x			x				x				
Uwagi			- za osobodzeń - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzeń - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzeń - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzeń - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e	- za osobodzeń - 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 5.08.07.00000 26 nie dopuszcza się możliwości rozliczenia świadczenia o kodzie 5.08.07.00000 01, 5.08.07.00000 02, 5.08.07.00000 03, 5.08.07.00000 04; - 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 03.0000.312.02 oraz 03.0000.365.02 dotyczy tylko kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucel em albo akxykabtogene m cyloleucelu albo breksukabtagen em autoleucelu przez zespół koordynacyjny	- można łączyć ze świadczeniami z <i>Katalogu leków refundowanych stosowanych w programach</i> 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 2 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 sierpnia 2024 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 chorych na mięsaki tkanek miękkich (trabectedyna)	3 665,60
7	5.08.08.0000068	Diagnostyka w programie leczenia chorych na mięsaki tkanek miękkich (pazopanib)	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 pacjentów z chorobą 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 łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	778,75
32	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	778,75
33	5.08.08.0000046	Diagnostyka w programie leczenia niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek	324,48
34	5.08.08.0000047	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością 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	663,05
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 chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej	778,75
39	5.08.08.0000061	Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego – 1 rok terapii	2 590,00
40	5.08.08.0000195	Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego – 2 i kolejny rok terapii	768,00
41	5.08.08.0000062	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) – 1 rok terapii	1 882,26
42	5.08.08.0000200	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) – 2 i kolejny rok terapii	1 095,26
43	5.08.08.0000063	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka gruczołu krokowego	2 758,08
44	5.08.08.0000088	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem – 1 rok terapii	6 116,00
45	5.08.08.0000241	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem – 2 i kolejny rok terapii	4 715,40
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 – 1 rok terapii	6 682,00
47	5.08.08.0000242	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych terapią skojarzoną wemurafenibem z kobimetynibem albo dabrafenibem z trametynibem albo enkorafenibem z binimetynibem – 2 i kolejny rok terapii	5 177,40
48	5.08.08.0000070	Diagnostyka w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych	2 633,70
49	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
50	5.08.08.0000073	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (ponatynib, blinatumomab, inotuzumab ozogamycyny)	9 196,80
51	5.08.08.0000074	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe	1 674,80
52	5.08.08.0000196	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL)	4 121,25
53	5.08.08.0000075	Diagnostyka w programie leczenia immunoglobulinami chorób neurologicznych	1 406,08
54	5.08.08.0000079	Diagnostyka w programie leczenia terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	1 514,24
55	5.08.08.0000081	Diagnostyka w programie leczenia neurogennej nadreaktywności wypieracza	458,60
56	5.08.08.0000082	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	5 137,60
57	5.08.08.0000083	Diagnostyka w programie leczenia chorych na aktywną postać ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA)	1 050,23

58	5.08.08.0000084	Diagnostyka w programie leczenia tyrozynezemii typu 1 (HT-1)	4 542,72
59	5.08.08.0000085	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina brentuksymabem	4 478,85
60	5.08.08.0000092	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (certolizumab, etanercept, iksekizumab, sekukinumab) – 1 rok terapii	1 060,00
61	5.08.08.0000243	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (certolizumab, etanercept, iksekizumab, sekukinumab) – 2 i kolejny rok terapii	150,00
62	5.08.08.0000244	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (upadacytynib) – 1 rok terapii	1 254,00
63	5.08.08.0000245	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (upadacytynib) – 2 i kolejny rok terapii	344,00
64	5.08.08.0000094	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów gruczolakorakiem trzustki paklitakselem z albuminą	5 314,00
65	5.08.08.0000095	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	1 375,80
66	5.08.08.0000096	Diagnostyka w programie leczenia idiopatycznego włóknienia płuc	1 676,48
67	5.08.08.0000097	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry	2 354,64
68	5.08.08.0000098	Diagnostyka w programie leczenia ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyżściótkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)	2 704,00
69	5.08.08.0000099	Diagnostyka w programie leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona – 1 rok leczenia	1 066,40
70	5.08.08.0000201	Diagnostyka w programie leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona - 2 i kolejny rok terapii	307,00
71	5.08.08.0000102	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (polatuzumab, tafasytamab, ibrutynib) – 1 rok leczenia	2 528,50
72	5.08.08.0000104	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) – 1 rok terapii - ekulizumab	6 021,33
73	5.08.08.0000105	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) - 2 i kolejny rok terapii - ekulizumab	1 997,33
74	5.08.08.0000212	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) – 1 rok terapii - rawulizumab	4 516,33
75	5.08.08.0000213	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) – 2 rok terapii - rawulizumab	1 290,00
76	5.08.08.0000106	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – ekulizumab, pegcetakoplan	4 083,00

77	5.08.08.0000214	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 1 rok terapii - rawulizumab	4 083,00
78	5.08.08.0000215	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok terapii - rawulizumab	1 661,00
79	5.08.08.0000107	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 718,00
80	5.08.08.0000108	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 395,00
81	5.08.08.0000109	Diagnostyka w programie leczenia akromegalii	2 388,00
82	5.08.08.0000110	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 1 rok terapii	3 705,85
83	5.08.08.0000197	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 2 i kolejny rok terapii	1 502,40
84	5.08.08.0000114	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jelita grubego	3 579,50
85	5.08.08.0000115	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab, mosunetuzumab) – 1 rok terapii	2 997,63
86	5.08.08.0000116	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab, mosunetuzumab, tafasytamab, ibrutynib) – 2 i kolejny rok terapii	1 112,64
87	5.08.08.0000117	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – olaparyb (1 rok terapii), niraparyb (1 rok terapii)	4 282,40
88	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
89	5.08.08.0000119	Diagnostyka w programie leczenia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi cetuksymabem – 1 rok terapii	2 203,00
90	5.08.08.0000120	Diagnostyka w programie leczenia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi cetuksymabem – 2 i kolejny rok terapii	937,00
91	5.08.08.0000121	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) – 1 rok terapii	870,50
92	5.08.08.0000122	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) – 2 i kolejny rok terapii	266,00
93	5.08.08.0000124	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi alirokumabem, ewolokumabem lub inklisiranem	100,00
94	5.08.08.0000246	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi ewolokumabem – 1 rok terapii	225,00
95	5.08.08.0000247	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi ewolokumabem – 2 i kolejny rok terapii	150,00
96	5.08.08.0000216	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zaburzeniami lipidowymi lomitapidem – 1 rok terapii	1 043,00

97	5.08.08.0000217	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zaburzeniami lipidowymi lomitapidem – 2 i kolejny rok terapii	358,00
98	5.08.08.0000125	Diagnostyka w programie leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 1 rok terapii	1 200,00
99	5.08.08.0000126	Diagnostyka w programie leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 2 i kolejny rok terapii	600,00
100	5.08.08.0000127	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 1 rok terapii	4 016,40
101	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
102	5.08.08.0000129	Diagnostyka w programie leczenia choroby Fabry’ego	2 493,00
103	5.08.08.0000130	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) adalimumabem	2 574,00
104	5.08.08.0000218	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) deksametazonem – 1 rok terapii	854,00
105	5.08.08.0000219	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) deksametazonem – 2 rok terapii	427,00
106	5.08.08.0000131	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem palbocyklibu lub rybocyklibu lub abemacyklibu lub alpelisybu lub talazoparybu lub tukatynibu lub pembrolizumabu lub olaparybu w przypadku przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi	3 218,00
107	5.08.08.0000133	Diagnostyka w programie leczenia płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi niwolumabem lub pembrolizumabem	2 956,00
108	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
109	5.08.08.0000135	Diagnostyka w programie leczenia chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną	375,00
110	5.08.08.0000136	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy wandetanibem – 1 rok terapii	3 907,00
111	5.08.08.0000220	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy wandetanibem – 2 i kolejny rok terapii	2 914,00
112	5.08.08.0000221	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy selperkatynibem – 1 rok terapii	2 620,50
113	5.08.08.0000222	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy selperkatynibem – 2 i kolejny rok terapii	2 082,00
114	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
115	5.08.08.0000138	Diagnostyka w programie leczenia uzupełniającego L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	492,00
116	5.08.08.0000140	Diagnostyka w programie leczenia dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym	9 781,00
117	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

118	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
119	5.08.08.0000143	Diagnostyka w programie leczenia chorych na mukowiscydozę - 1 rok terapii	918,00
120	5.08.08.0000248	Diagnostyka w programie leczenia chorych na mukowiscydozę - 2 i kolejny rok terapii	252,00
121	5.08.08.0000144	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami nerek	975,00
122	5.08.08.0000145	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (midostauryna, gemtuzumab ozogamycyny, wenetoklaks, gliterytynib)	3 375,51
123	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
124	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
125	5.08.08.0000149	Diagnostyka w programie leczenia raka z komórek Merkla awelumabem	2 049,05
126	5.08.08.0000150	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Cushinga – 1 rok terapii	2 981,00
127	5.08.08.0000151	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Cushinga – 2 i kolejny rok terapii	1 595,50
128	5.08.08.0000152	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 1 rok terapii (sorafenib)	3 858,50
129	5.08.08.0000153	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 2 i kolejny rok terapii (sorafenib)	1 554,00
130	5.08.08.0000154	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - AMD – kwalifikacja <sup>1</sup>	409,00
131	5.08.08.0000155	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - AMD – monitorowanie <sup>1</sup>	205,00
132	5.08.08.0000156	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - DME – kwalifikacja <sup>1</sup>	409,00
133	5.08.08.0000157	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - DME – monitorowanie <sup>1</sup>	249,00
134	5.08.08.0000069	Diagnostyka w programie leczenia chorych na cystynozę nefropatyczną	4 056,00
135	5.08.08.0000158	Diagnostyka w programie leczenia zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	375,00
136	5.08.08.0000159	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 1 rok terapii	1 572,50
137	5.08.08.0000160	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 2 i kolejny rok terapii	568,50
138	5.08.08.0000161	Diagnostyka w programie lekowym leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną – monitorowanie terapii tisagenlecleucelem	4 780,00

139	5.08.08.0000162	Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 1 rok terapii	1 552,80
140	5.08.08.0000163	Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 2 i kolejny rok terapii	266,00
141	5.08.08.0000164	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atopowym zapaleniem skóry	358,00
142	5.08.08.0000165	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry	1 622,00
143	5.08.08.0000166	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek	974,60
144	5.08.08.0000167	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 1 rok terapii	7 548,53
145	5.08.08.0000168	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 2 i kolejny rok terapii	3 124,51
146	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
147	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
148	5.08.08.0000171	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 - 1 rok terapii	1 730,02
149	5.08.08.0000172	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 – 2 i kolejny rok terapii	532,00
150	5.08.08.0000173	Diagnostyka w programie leczenia z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny	225,00
151	5.08.08.0000174	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki z dużych komórek B akcykaptagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem albo breksukaptagenem autoleucelu – monitorowanie terapii	4 780,00
152	5.08.08.0000176	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z idiopatyczną wielogniskową chorobą Castlemana – 1 rok terapii	3 462,00
153	5.08.08.0000177	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z idiopatyczną wielogniskową chorobą Castlemana – 2 i kolejny rok terapii	1 262,00
154	5.08.08.0000178	Diagnostyka w programie zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	1 204,00
155	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
156	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
157	5.08.08.0000181	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc – 1 rok terapii	1 458,00
158	5.08.08.0000182	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc – 2 i kolejny rok terapii	831,00



159	5.08.08.0000183	Diagnostyka i monitorowanie pacjenta po transplantacji nerki w programie odczulania wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki	50 000,00
160	5.08.08.0000184	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem sacytuzumabu gowitekanu	4 845,00
161	5.08.08.0000185	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego gruczolakoraka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego ramucyrumabem lub triflurydyną z typiracylem	3 878,00
162	5.08.08.0000186	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka przełyku lub połączenia żołądkowo-przełykowego pembrolizumabem	4 140,00
163	5.08.08.0000223	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka niwolumabem	4 140,00
164	5.08.08.0000187	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów gruczolakorakiem trzustki olaparybem	2 650,20
165	5.08.08.0000188	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD) – 1 rok terapii	2 331,70
166	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
167	5.08.08.0000190	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków – cały cykl terapii	7 695,86
168	5.08.08.0000191	Diagnostyka w programie leczenia wspomagającego zaburzeń cyku mocznikowego – 1 rok terapii	1 502,02
169	5.08.08.0000192	Diagnostyka w programie leczenia wspomagającego zaburzeń cyklu mocznikowego – 2 i kolejny rok terapii	354,00
170	5.08.08.0000193	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 1 rok terapii	2 045,95
171	5.08.08.0000194	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 2 i kolejny rok terapii	1 434,80
172	5.08.08.0000198	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji – 1 rok terapii	1 492,02
173	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
174	5.08.08.0000202	Diagnostyka w programie leczenia kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową	1 649,50
175	5.08.08.0000203	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) – 1 rok leczenia	4 844,00
176	5.08.08.0000204	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) – 2 i kolejny rok terapii	2 832,00
177	5.08.08.0000205	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (azacytydyna) – 1 rok terapii	897,00

178	5.08.08.0000206	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (azacytydyna) – 2 i kolejny rok terapii	484,00
179	5.08.08.0000207	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) - 1 rok terapii	3 160,60
180	5.08.08.0000208	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) – 2 rok terapii	999,00
181	5.08.08.0000209	Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma - 1 rok terapii	3 184,30
182	5.08.08.0000210	Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma – 2 i kolejny rok terapii	2 107,20
183	5.08.08.0000211	Diagnostyka w programie leczenia chorych na depresję lekooporną	177,00
184	5.08.08.0000224	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi	1 087,00
185	5.08.08.0000225	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka endometrium – 1 rok terapii	3 302,80
186	5.08.08.0000226	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka endometrium – 2 i kolejny rok terapii	1 622,40
187	5.08.08.0000227	Diagnostyka w programie leczenia chorych z toczniem rumieniowatym układowym – 1 rok terapii	2 030,00
188	5.08.08.0000228	Diagnostyka w programie leczenia chorych z toczniem rumieniowatym układowym – 2 i kolejny rok terapii	566,00
189	5.08.08.0000229	Diagnostyka w leczeniu uzupełniającym wczesnego raka piersi olaparybem	1 541,00
190	5.08.08.0000230	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem trastuzumabu derukstekanu	4 181,00
191	5.08.08.0000231	Diagnostyka w programie leczenia chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH) – 1 rok terapii	825,00
192	5.08.08.0000232	Diagnostyka w programie leczenia chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH) – 2 i kolejny rok terapii	375,00
193	5.08.08.0000233	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 1-3 rok terapii (kabozatynib)	4 833,50
194	5.08.08.0000234	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 4 i kolejny rok terapii (kabozatynib)	2 173,00
195	5.08.08.0000235	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego	375,00
196	5.08.08.0000236	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet	375,00
197	5.08.08.0000237	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1(NF1) - 1 i 2 rok terapii	1 926,00
198	5.08.08.0000238	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1(NF1) - 3 i kolejny rok terapii	1 284,00
199	5.08.08.0000239	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC) – 1 rok terapii	705,60

200	5.08.08.0000240	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC) – 2 i kolejny rok terapii	540,00
201	5.08.08.0000249	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (rytuksymab) – 1 rok terapii	2 025,00
202	5.08.08.0000250	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (rytuksymab) – 2 i kolejny rok terapii	610,00
203	5.08.08.0000251	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (efgartigimod alfa) – 1 rok terapii	975,00
204	5.08.08.0000252	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastonii (efgartigimod alfa) – 2 i kolejny rok terapii	900,00
205	5.08.08.0000253	Diagnostyka w programie leczenia chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B – 1 rok terapii	2 825,50
206	5.08.08.0000254	Diagnostyka w programie leczenia chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B – 2 i kolejny rok terapii	2 125,00
207	5.08.08.0000255	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka szyjki macicy – 1 rok terapii	3 928,00
208	5.08.08.0000256	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka szyjki macicy – 2 i kolejny rok terapii	3 199,00
209	5.08.08.0000257	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa - 1 rok terapii	888,00
210	5.08.08.0000258	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa - 2 i kolejny rok terapii	225,00
211	5.08.08.0000259	Diagnostyka w programie leczenia pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej (romosozumab)	408,00
212	5.08.08.0000260	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS) – 1 rok terapii	433,00
213	5.08.08.0000261	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS) – 2 i kolejny rok terapii	150,00
214	5.08.08.0000262	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis) – 1 rok terapii	1 664,00
215	5.08.08.0000263	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis) – 2 i kolejny rok terapii	1 119,05
216	5.08.08.0000264	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (mawakamten) – 1 rok terapii	2 435,20
217	5.08.08.0000265	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (mawakamten) – 2 i kolejny rok terapii	900,40
218	5.08.08.0000266	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka błony naczyniowej oka – 1 rok terapii	8 877,20
219	5.08.08.0000267	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka błony naczyniowej oka – 2 i kolejny rok terapii	7 230,20

<sup>1</sup> Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 24 ust. 5 zarządzenia

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 sierpnia 2024 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 <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	08715131019761	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg
							08715131019808	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg
							07613421020880	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg
							07613421020897	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg
							04052682034213	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg
							04052682034220	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg
							05996537014243	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg, 1 wstrzykiwacz 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem
							05996537014250	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg, 2 wstrzykiwacze 0,4 ml + 2 gaziki z alkoholem
							05996537016087	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 80 mg, 1 wstrzykiwacz 0,8 ml + 2 gaziki nasączone alkoholem

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 <sup>1</sup>	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
							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
							05996537008044	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
5	5.08.09.0000008	Bosentanum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909991102869	Bopaho, tabl. powl., 125 mg
							05907626708004	Bosentan Sandoz GmbH, tabletki powlekane, 125 mg
							05909991488529	Bosentan Ranbaxy, tabl. powl., 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 <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909990016297	Mimpara, tabl. powl., 30 mg
							05909990016341	Mimpara, tabl. powl., 60 mg
							05909990016389	Mimpara, tabl. powl., 90 mg
							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	5.08.09.0000015	Entekavirum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05055565742532	Entecavir Accord, tabletki powlekane, 0,5 mg
							05055565742549	Entecavir Accord, 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
10	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
11	5.08.09.0000018	Etanerceptum <sup>1</sup>	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

12	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.
13	5.08.09.0000021	Factor IX coagulationis humanus recombinante	inj.	1	j.m.	1	05909990057184	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909990057191	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990057207	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909990057221	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909991210120	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./5 ml
							05909991210137	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m./5 ml
							05909991210090	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./5 ml
							05909991210144	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m./5 ml
							05909991210106	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./5 ml

							07350031441673	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU
							07350031441680	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU
							07350031441659	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU
							07350031441697	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU
							07350031441666	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU
							05909991326180	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909991326197	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909991326166	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909991326173	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
14	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.
15	5.08.09.0000023	Factor VIII coagulationis humanus recombinante	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.
							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)
							00642621067125	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							00642621067132	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							00642621067101	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							00642621067118	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
16	5.08.09.0000026	Glatirameri acetat <sup>1</sup>	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
17	5.08.09.0000028	Idursulfasum	inj.	1	mg	1	05909990053742	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml
18	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
19	5.08.09.0000031	Imiglucerasum	inj.	1	j.m.	1	05909990943012	Cerezyme, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 400 j.m.
20	5.08.09.0000032	Immunoglobulinum humanum <sup>1</sup>	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
21	5.08.09.0000033	Infliximabum <sup>1</sup>	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
22	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
23	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
24	5.08.09.0000040	Interferonum beta-1b	inj.	1	mcg	1	05909990619375	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 µg/ml
25	5.08.09.0000041	Lamivudinum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909990479610	ZEFFIX, tabl. powl., 100 mg
							05909991464127	Lamivudine Aurovitas, tabl. powl., 100 mg
26	5.08.09.0000042	Lapatynibum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909990851966	TYVERB, tabl. powl., 250 mg
							05909990851973	TYVERB, tabl. powl., 250 mg

							05909991507831	Brastib, tabl. powl., 250 mg
							05909991507817	Brastib, tabl. powl., 250 mg
27	5.08.09.0000043	Laronidasum	inj.	1	j.m.	1	05909990005673	Aldurazyne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml
28	5.08.09.0000045	Mecaserminum	inj.	1	mg	1	05909990076024	INCRELEX, roztwór do wstrzykiwań, 0,01 g/ml
29	5.08.09.0000047	Nilotinibum	p.o.	1	mg	1	05909990073535	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg
30	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
31	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
32	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
33	5.08.09.0000054	Rituximabum <sup>1</sup>	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
34	5.08.09.0000055	Sildenafilum <sup>1</sup>	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
35	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
36	5.08.09.0000057	Sorafenibum	p.o.	1	mg	1	05909990588169	Nexavar, tabl. powl., 200 mg
37	5.08.09.0000060	Tenofovirum disoproxilum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05902020926801	Tenofovir disoproxil Mylan, tabletki powlekane, 245 mg
							05909991379704	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powl., 245 mg
38	5.08.09.0000061	Tobramycinum <sup>1</sup>	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
39	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
40	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.
41	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.
42	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

43	5.08.09.0000066	Treprostynilum <sup>1</sup>	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
44	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
45	5.08.09.0000068	Omalizumabum	inj.	1	mg	1	05909990708376	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg
							05909990708406	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
46	5.08.09.0000070	Certolizumabum pegol	inj.	1	mg	1	05909990734894	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp. - strzyk., 200 mg/ml
47	5.08.09.0000071	Fingolimodum	p.o.	1	mg	1	05909990856480	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg
48	5.08.09.0000072	Tocilizumabum <sup>1</sup>	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
							04052682073342	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 10 ml
							04052682073366	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 20 ml
							04052682073328	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 4 ml
49	5.08.09.0000073	Ustekinumabum	s.c.	1	mg	1	05909997077505	Stelara, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							05909997077512	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 90 mg

							05413868122589	Stelara, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 90 mg
50	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
51	5.08.09.0000076	Vemurafenibum	p.o.	1	mg	1	05909990935581	Zelboraf, tabl. powl., 240 mg
52	5.08.09.0000080	Natalizumabum	inj.	1	mg	1	05909990084333	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
53	5.08.09.0000084	Axitinibum	p.o.	1	mg	1	05909991004439	Inlyta, tabl. powl., 1 mg
							05909991004460	Inlyta, tabl. powl., 5 mg
54	5.08.09.0000085	Golimumabum	inj.	1	mg	1	05909990717187	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg
55	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
56	5.08.09.0000087	Velaglucerasum alfa	inj.	1	j.	1	05909990816774	VPRIV, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.
57	5.08.09.0000091	Afatinibum	p.o.	1	mg	1	05909991083397	Giotrif, tabl. powl., 20 mg
							05909991083434	Giotrif, tabl. powl., 30 mg
							05909991083465	Giotrif, tabl. powl., 40 mg
58	5.08.09.0000092	Bexarotenum	p.o.	1	mg	1	05909990213504	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg
59	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
60	5.08.09.0000094	Paricalcitolum	inj.	1	mcg	1	04046241091243	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml
							04046241079906	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml
61	5.08.09.0000095	Afliberceptum	inj.	1	mg	1	03837000137095	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml



62	5.08.09.0000096	Ranibizumabum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	05909990000005	Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10mg/ml
							05909991497316	Ximluci, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml
							04260764190058	Ranivisio, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml
63	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.
64	5.08.09.0000102	Macitentanum	p.o.	1	mg	1	07640111931133	Opsumit, tabl. powł., 10 mg; 30 tabl.
65	5.08.09.0000103	Riociguatum	p.o.	1	mg	1	05908229300305	Adempas, tabl. powł., 0,5 mg; 42 tabl.
							05908229300336	Adempas, tabl. powł., 1 mg; 42 tabl.
							05908229300367	Adempas, tabl. powł., 1,5 mg; 42 tabl.
							05908229300398	Adempas, tabl. powł., 2 mg; 42 tabl.
							05908229300428	Adempas, tabl. powł., 2,5 mg; 42 tabl.
66	5.08.09.0000104	Ledipasvirum, sofosbuvirum	p.o.	1	mg	1	05391507141217	Harvoni, tabl. powł., 90+400 mg; 28 szt.
67	5.08.09.0000105	Nitisinonum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	07350031442182	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg
							07350031442267	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg
							07350031441833	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg
							07350031442229	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg
68	5.08.09.0000107	Brentuximabum vedotinum	inj.	1	mg	1	05909991004545	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg; 1 fiol.
69	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.
70	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

71	5.08.09.0000110	Obinutuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001105	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg; 1 fiol.po 40 ml
72	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
							00646520442113	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg; 2 wstrz.po 0,5 ml
73	5.08.09.0000113	Pertuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001006	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg; 1 fiol.
74	5.08.09.0000115	Crizotinibum	p.o.	1	mg	1	05909991004484	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg
							05909991004507	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg
75	5.08.09.0000116	Temsirolimusum	inj.	1	mg	1	05909990080663	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg
76	5.08.09.0000117	Anakinrum	inj.	1	mg	1	07350031443271	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml
77	5.08.09.0000118	Paclitaxelum albuminatum	inj.	1	mg	1	05909990930265	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml
78	5.08.09.0000119	Pirfenidonum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	07613421107284	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 267 mg
							07613421107277	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 267 mg
							07613421107291	Pirfenidone Sandoz, tabl. powl., 801 mg
							05909991494223	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 267 mg
							05909991494230	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 801 mg
							05909991497118	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 267 mg
							05909991497125	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 267 mg
							05909991497156	Pirfenidon Stada, tabl. powl., 801 mg
05909991494193	Pirfenidon Zentiva, tabl. powl., 267 mg							
79	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
							05909991198282	Jakavi, tabl., 10 mg
80	5.08.09.0000121	Vismodegibum	p.o.	1	mg	1	05902768001020	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg
81	5.08.09.0000122	Trametinibum	p.o.	1	mg	1	05909991141813	Mekinist, tabl. powl., 0,5 mg
							05909991141851	Mekinist, tabl. powl., 2 mg

82	5.08.09.0000123	Cobimetinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001136	Cotellic, tabl. powl., 20 mg
83	5.08.09.0000125	Alemtuzumabum	inj.	1	mg	1	05909991088156	Lemtrada, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg
84	5.08.09.0000126	Teriflunomidum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909991088170	Aubagio, tabl. powl., 14 mg
							07613421163334	Terebyo, tabl. powl., 14 mg
85	5.08.09.0000127	Levodopum, carbidopum	e.	1	mg	1	05909990419135	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml
86	5.08.09.0000128	Bosutinibum	p.o.	1	mg	1	05909991056841	Bosulif, tabletki powlekane, 100 mg
							05909991056865	Bosulif, tabletki powlekane, 500 mg
87	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
							05909991195144	Imbruvica, kaps. twarde, 140 mg
05413868117042	Imbruvica, tabl. powl., 560 mg							
88	5.08.09.0000131	Enzalutamidum	p.o.	1	mg	1	05909991415242	Xtandi, tabl. powl., 40 mg
89	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
90	5.08.09.0000133	Osimertinibum	p.o.	1	mg	1	05000456012058	Tagrisso, tabletki powlekane, 40 mg
							05000456012065	Tagrisso, tabletki powlekane, 80 mg
91	5.08.09.0000134	Radium dichloridum Ra223	inj.	1	ml	1	05908229300176	Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL
92	5.08.09.0000135	Tocilizumabum <sup>1</sup>	s.c.	1	mg	1	05902768001075	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg/ml
							04052682073373	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg
							04052682073397	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg
93	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
94	5.08.09.0000137	Immunoglobulinum humanum subcutaneum <sup>1</sup>	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
95	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
96	5.08.09.0000140	Trastuzumabum	s.c.	1	mg	1	05902768001037	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg; 1 fiol.
97	5.08.09.0000141	Eculizumabum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	05909990643776	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
							08715131025755	Bekemv, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
98	5.08.09.0000142	Eltrombopagum	p.o.	1	mg	1	05909990748204	Revolade, tabletki powlekane, 25 mg
							05909990748235	Revolade, tabletki powlekane, 50 mg
99	5.08.09.0000143	Nintedanibum	p.o.	1	mg	1	05909991206444	Ofev, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991206468	Ofev, kapsułki miękkie, 150 mg

100	5.08.09.0000144	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	inj.	1	mg	1	05909991247904	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
101	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
102	5.08.09.0000146	Pasireotidum	inj.	1	mg	1	03663502003534	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg
							03663502003527	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg
							03663502003510	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg
							03663502003503	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg
103	5.08.09.0000147	Vedolizumabum	inj.	1	mg	1	05909991138202	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg
104	5.08.09.0000148	Pembrolizumabum	inj.	1	mg	1	05901549325126	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
105	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
106	5.08.09.0000150	Sofosbuvirum, velpatasvirum	p.o.	1	mg	1	05391507142108	Epclusa, tabletki powlekane, 400 + 100 mg
107	5.08.09.0000151	Glecaprevirum, pibrentasvirum	p.o.	1	mg	1	08054083015927	Maviret, tabletki powlekane, 100+40 mg
108	5.08.09.0000152	Alirocumabum	s.c.	1	mg	1	05909991236618	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
							05909991441166	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
109	5.08.09.0000153	Ixekizumabum	s.c.	1	mg	1	05909991282950	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml
110	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
111	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
							07613421049416	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 75 mg
112	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
113	5.08.09.0000157	Nusinersenum	inj.	1	mg	1	05713219500975	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg
114	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
115	5.08.09.0000159	Alectinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001143	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg
116	5.08.09.0000160	Blinatumomabum	inj.	1	mcg	1	05909991256371	Blinicyto, proszek do sporządzania koncentratu i roztwór do przygotowania roztworu do infuzji, 38,5 µg
117	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
118	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
119	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

120	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.
121	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
122	5.08.09.0000166	Ribociclibum	p.o.	1	mg	1	05909991336769	Kisqali, kapsułki twarde, 200 mg
123	5.08.09.0000167	Baricitinibum	p.o.	1	mg	1	03837000170825	Olumiant, tabl. powl., 4 mg
							03837000170740	Olumiant, tabl. powl., 2 mg
124	5.08.09.0000168	Tofacitinibum	p.o.	1	mg	1	05907636977100	Xeljanz, tabl. powl., 5 mg
							05415062342800	Xeljanz, tabl. powl., 10 mg
125	5.08.09.0000169	Ustekinumabum	inj.	1	mg	1	05909991307066	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
126	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
127	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
128	5.08.09.0000172	Evolocumabum	inj.	1	mg	1	05909991224370	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg
129	5.08.09.0000173	Ocrelizumabum	inj.	1	mg	1	05902768001174	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml
130	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
131	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.

132	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
133	5.08.09.0000178	Eliglustatum	p.o.	1	mg	1	05909991205942	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg
134	5.08.09.0000179	L-karnityna	p.o.	1	g	1	05016533045017	L-karnityna, proszek, 1 g
135	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
136	5.08.09.0000181	Vandetanibum	p.o.	1	mg	1	05909990935437	Caprelsa, tabl. powl., 100 mg
							05909990935444	Caprelsa, tabl. powl., 300 mg
137	5.08.09.0000182	Abemaciclibum	p.o.	1	mg	1	05014602500986	Verzenio, tabl. powl., 100 mg
							05014602500993	Verzenio, tabl. powl., 150 mg
							05014602500979	Verzenio, tabl. powl., 50 mg
138	5.08.09.0000183	Binimetinib	p.o.	1	mg	1	03573994003922	Mektovi, tabl. powl., 15 mg
139	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
140	5.08.09.0000185	Dinutuximabum beta	inj.	1	mg	1	05060146291736	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml
141	5.08.09.0000186	Encorafenibum	p.o.	1	mg	1	03573994003939	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg
							03573994003946	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg
142	5.08.09.0000187	Guselkumabum	s.c.	1	mg	1	05413868113006	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml



							05413868116687	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml
143	5.08.09.0000188	Ponatinibum	p.o.	1	mg	1	07640159433613	Iclusig, tabl. powl., 15 mg
							07640159433637	Iclusig, tabl. powl., 45 mg
144	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
145	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
146	5.08.09.0000191	Ivacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167104606	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg
							00351167112205	Kalydeco, granulaty w saszetce, 50 mg
							00351167113103	Kalydeco, granulaty w saszetce, 75 mg
							00351167136201	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg
							00351167144503	Kalydeco, tabl. powl., 75 mg
147	5.08.09.0000192	Migalastatum	p.o.	1	mg	1	05909991390273	Galafold, kaps. twarde, 123 mg
148	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							
149	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

150	5.08.09.0000195	Inotuzumabum ozogamicini	inj.	1	mg	1	05907636977193	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg
151	5.08.09.0000196	Ketoanalogi aminokwasów	p.o.	1	mg	1	05909990338511	Ketosteril, tabl. powl., 630 mg
152	5.08.09.0000197	Avelumabum	inj.	1	mg	1	04054839462153	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
153	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
154	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.
155	5.08.09.0000200	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	p.o.	1	mg	1	05391507143303	Vosevi, tabl. powl., 400 + 100 + 100 mg
156	5.08.09.0000201	Olaparibum	p.o.	1	mg	1	05000456031325	Lynparza, tabl. powl., 100 mg
							05000456031318	Lynparza, tabl. powl., 150 mg
157	5.08.09.0000203	Dexamethasonum	inj.	1	mcg	1	05909990796663	Ozurdex, implant doszklistkowy, 700 µg
158	5.08.09.0000204	Lorlatinibum	p.o.	1	mg	1	05415062343531	Lorviqua, tabl. powl., 100 mg
							05415062348147	Lorviqua, tabl. powl., 25 mg
159	5.08.09.0000205	Lanadelumabum	inj.	1	mg	1	00642621076103	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg, 1 amp.-strzyk.
160	5.08.09.0000206	Mercaptamini bitartras	p.o.	1	mg	1	03663502001011	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg
161	5.08.09.0000207	Tisagenlecleucelum	inj.	1	zestaw <sup>2</sup>	1	05909991384388	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10 <sup>6</sup> – 6 x 10 <sup>8</sup> komórek
162	5.08.09.0000208	Trientinum tetrahydrochloridum	p.o.	1	mg	1	05350626000102	Cuprior, tabl. powl., 150 mg
163	5.08.09.0000209	Amifampridinum	p.o.	1	mg	1	05055956400706	Firdapse, tabl., 10 mg
164	5.08.09.0000210	Brolucizumabum	inj.	1	mg	1	07613421034993	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml
165	5.08.09.0000211	Cemiplimabum	inj.	1	mg	1	05909991408329	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg
166	5.08.09.0000212	Dupilumabum	s.c.	1	mg	1	05909991341435	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
							05909991404741	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg
							05909991490614	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300

								mg
							05909991490591	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg
167	5.08.09.0000213	Levofloxacinum	inh.	1	mg	1	08025153003014	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg
168	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
169	5.08.09.0000215	Tyldrakizumabum	s.c.	1	mg	1	08430308131700	Illumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
170	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
171	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.
172	5.08.09.0000218	Givosiranum <sup>3</sup>	s.c.	1	fiol.	1	08720165814046	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml; 1 fiol.po 1 ml
173	5.08.09.0000219	Apalutamidum	p.o.	1	mg		05413868117059	Erleada, tabl. powl., 60 mg
174	5.08.09.0000220	Atalurenium	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
175	5.08.09.0000221	Darolutamidum	p.o.	1	mg	1	05908229303337	Nubeqa, tabl. powl., 300 mg
176	5.08.09.0000222	Ivacaftorum + Lumacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167131701	Orkambi, granulac, 125+100 mg
							00351167131800	Orkambi, granulac, 188+150 mg
177	5.08.09.0000223	Ivacaftorum + Tezacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167136102	Symkevi, tabl. powl., 150+100 mg
							00351167144404	Symkevi, tabl. powl., 75+50 mg
178	5.08.09.0000224	Ivacaftorum + Tezacaftorum +	p.o.	1	mg	1	00351167143902	Kaftrio, tabl. powl., 75+50+100 mg

		Elexacaftorum						
179	5.08.09.0000225	Lumasiranum <sup>3</sup>	s.c.	1	fiol.	1	08720165814138	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml
180	5.08.09.0000226	Axicabtagene ciloleucel	inj.	1	worek	1	05909991438487	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 <sup>8</sup> – 2 x 10 <sup>8</sup> komórek
181	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
182	5.08.09.0000228	Denosumabum	inj.	1	mg	1	05909990935024	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg
183	5.08.09.0000229	Erenumabum	s.c.	1	mg	1	07613421024604	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml
184	5.08.09.0000230	Fedratinibum	p.o.	1	mg	1	07640133688596	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg
185	5.08.09.0000231	Fremanezumabum	s.c.	1	mg	1	05909991396497	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg
186	5.08.09.0000232	Letermovir	p.o.	1	mg	1	00191778018905	Prevymis, tabl. powł., 240 mg
							00191778018899	Prevymis, tabl. powł., 480 mg
187	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
188	5.08.09.0000234	Upadacitinibum	p.o.	1	mg	1	08054083020334	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 15 mg
							08054083022994	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 30 mg
							08054083024189	Rinvoq, tabl. o przedł. uwalnianiu, 45 mg
189	5.08.09.0000235	Bedaquilinum	p.o.	1	mg	1	05909991140984	Sirturo, tabl., 100 mg
190	5.08.09.0000236	Gemtuzumabum ozogamicinum	inj.	1	mg	1	05415062328576	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg
191	5.08.09.0000237	Gilteritinibi fumaras	p.o.	1	mg	1	05909991426460	Xospata, tabl. powł., 40 mg
192	5.08.09.0000238	Imlifidasum <sup>3</sup>	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

193	5.08.09.0000239	Onasemnogenum abeparvovecum <sup>3</sup>	inj.	1	op.	1	05397227701106	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701137	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701168	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml
							05397227701199	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702844	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702875	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml
							05397227701090	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml
							05397227701120	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701151	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701182	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml
							05397227702837	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702868	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702899	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml
							05397227702905	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml
							05397227701083	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701113	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 3 fiol. 8,3 ml

							05397227701144	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 4 fiol. 8,3 ml
							05397227701175	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702820	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702851	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 7 fiol. 8,3 ml
							05397227702882	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 8 fiol. 8,3 ml
							05397227702912	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 <sup>13</sup> vg/ml, 9 fiol. 8,3 ml
194	5.08.09.0000240	Pretomanidum <sup>3</sup>	p.o.	1	mg	1	05901797711139	Dovprela, tabl., 200 mg
195	5.08.09.0000241	Risdiplamum	p.o.	1	mg	1	07613326029896	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml
196	5.08.09.0000242	Alpelisibum	p.o.	1	mg	1	07613421024826	Piqray, tabl. powł., 150 mg
							07613421024840	Piqray, tabl. powł., 200 mg
							07613421024833	Piqray, tabl. powł., 50+200 mg
197	5.08.09.0000243	Glyceroli phenylbutyras	p.o.	1	g	1	07350110580354	Ravicti, płyn doustny, 1,1 g/ml
198	5.08.09.0000244	Inclisiranum	s.c.	1	mg	1	07613421047276	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 284 mg
199	5.08.09.0000245	Lutetium (177Lu) oxodotreotidi	inj.	1	fiol.	1	05909991350963	Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml
200	5.08.09.0000246	Mercaptamini hydrochloridum	ey.	1	mg	1	03663502000274	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml
201	5.08.09.0000247	Ofatumumabum	s.c.	1	mg	1	07613421040123	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg
202	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
203	5.08.09.0000249	Ponesimodum	p.o.	1	mg	1	05413868120363	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg
							05413868120370	Ponvory, tabl. powł., 20 mg
							04150172422851	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg
204	5.08.09.0000250	Ramucirumabum	inj.	1	mg	1	05909991205898	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml

205	5.08.09.0000251	Sacituzumabum govitecanum <sup>3</sup>	inj.	1	mg	1	05391507146816	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg
206	5.08.09.0000252	Satralizumabum <sup>3</sup>	s.c.	1	mg	1	07613326032322	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg
207	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
							07613421058906	Mayzent, tabl. powl., 1 mg
208	5.08.09.0000254	Talazoparibum	p.o.	1	mg	1	05415062348826	Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg
							05415062348789	Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg
209	5.08.09.0000255	Acalabrutinibum	p.o.	1	mg	1	05000456061698	Calquence, kaps. twarde, 100 mg
							05000456071116	Calquence, tabl. powl., 100 mg
210	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.
211	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
212	5.08.09.0000258	Entrectinibum	p.o.	1	mg	1	07613326024891	Rozlytrek, kaps. twarde, 100 mg
							07613326024624	Rozlytrek, kaps. twarde, 200 mg
213	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
214	5.08.09.0000260	Vedolizumabum	s.c.	1	mg	1	07038319122857	Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml
215	5.08.09.0000261	Daratumumabum	s.c.	1	mg	1	05413868119596	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)
216	5.08.09.0000262	Acidum carginicum <sup>1</sup>	p.o.	1	mg	1	05909990213894	Carbaglu, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg
							08718858150847	Ucedane, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg
217	5.08.09.0000263	Bimekizumabum	s.c.	1	mg	1	05413787220618	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we

								wstrzykiwaczu, 160 mg/ml
218	5.08.09.0000264	Cabazitaxelum <sup>1</sup>	inj.	1	mg	1	05909991452742	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml, 1 fiol. 4,5 ml
							05909991452728	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml, 1 fiol. 5 ml
							05909991452735	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml, 1 fiol. 6 ml
							08594739254732	Eleber, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg
219	5.08.09.0000265	Larotrectinibum	p.o.	1	mg	1	04057598011815	Vitrakvi, kaps. twarde, 100 mg
							04057598011792	Vitrakvi, kaps. twarde, 25 mg
							04057598012287	Vitrakvi, roztwór doustny, 20 mg/ml
220	5.08.09.0000266	Azacitidine	p.o.	1	mg	1	07640133688435	Onureg, tabl. powl., 200 mg
							07640133688442	Onureg, tabl. powl., 300 mg
221	5.08.09.0000267	Filgotinibum	p.o.	1	mg	1	05430002329178	Jyseleca, tabl. powl., 200 mg
222	5.08.09.0000268	Tafasitamabum <sup>3</sup>	inj.	1	mg	1	09088885500694	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg
223	5.08.09.0000269	Esketaminum	n.	1	mg	1	05413868117400	Spravato, aerozol do nosa, roztwór, 28 mg
224	5.08.09.0000270	Isatuximabum	inj.	1	mg	1	05909991427832	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 25 ml
							05909991427818	Sarclisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml, 1 fiol.a 5 ml
225	5.08.09.0000271	Tucatinibum	p.o.	1	mg	1	08720295000180	Tukysa, tabl. powl., 150 mg
							08720295000173	Tukysa, tabl. powl., 50 mg
226	5.08.09.0000272	Zanubrutinibum	p.o.	1	mg	1	08720598340112	Brukinsa, kaps. twarde, 80 mg
227	5.08.09.0000273	Anifrolumabum	inj.	1	mg	1	05000456072700	Saphnelo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg, 1 fiol. 2 ml
228	5.08.09.0000274	Brexucabtagene autoleucel <sup>3</sup>	inj.	1	worek <sup>2</sup>	1	05909991460662	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10 <sup>8</sup> – 2 x 10 <sup>8</sup> komórek



229	5.08.09.0000275	Dostarlimabum	inj.	1	mg	1	05909991449872	Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml
230	5.08.09.0000276	Lomitapidum	p.o.	1	mg	1	05397203001220	Lojuxta, kaps. twarde, 10 mg
							05397203001237	Lojuxta, kaps. twarde, 20 mg
							05397203001213	Lojuxta, kaps. twarde, 5 mg
231	5.08.09.0000277	Pegcetakoplan	inj.	1	mg	1	07350031443950	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg, 1 fiol. 20 ml
							07350031443967	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg, 8 fiol. 20 ml
232	5.08.09.0000278	Ravulizumabum	inj.	1	mg	1	05391527740162	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1100 mg
							05391527740179	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
233	5.08.09.0000279	Roxadustatum	p.o.	1	mg	1	05909991458720	Evrenzo, tabl. powl., 100 mg
							05909991458737	Evrenzo, tabl. powl., 150 mg
							05909991458690	Evrenzo, tabl. powl., 20 mg
							05909991458706	Evrenzo, tabl. powl., 50 mg
							05909991458713	Evrenzo, tabl. powl., 70 mg
234	5.08.09.0000280	Selpercatinibum <sup>3</sup>	p.o.	1	mg	1	08586009570529	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg
							08586009570536	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg
235	5.08.09.0000281	Sotorasibum	p.o.	1	mg	1	08715131024895	Lumykras, tabl. powl., 120 mg
236	5.08.09.0000282	Abrocitinibum	p.o.	1	mg	1	05415062384565	Cibinqo, tabl. powl., 100 mg
							05415062384572	Cibinqo, tabl. powl., 200 mg
							05415062384558	Cibinqo, tabl. powl., 50 mg
237	5.08.09.0000283	Asciminibum	p.o.	1	mg	1	07613421131616	Scemblix, tabl. powl., 20 mg
							07613421131623	Scemblix, tabl. powl., 40 mg
238	5.08.09.0000284	Burosumabum	s.c.	1	mg	1	05038903003915	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg
							05038903003922	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg
							05038903003939	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg
239	5.08.09.0000285	Enfortumabum vedotini <sup>3</sup>	inj.	1	mg	1	05909991487430	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg
							05909991487447	Padcev, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg

240	5.08.09.0000286	Tralokinumabum	s.c.	1	mg	1	03400930230268	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg
241	5.08.09.0000287	Trastuzumabum deruxtecanum	inj.	1	mg	1	04260161043629	Enhertu, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
242	5.08.09.0000288	Avalglucosidasum alfa	inj.	1	mg	1	05909991472474	Nexviadyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
243	5.08.09.0000289	Cannabidiolum <sup>4</sup>	p.o.	1	mg	1	05055813900103	Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml
244	5.08.09.0000290	Farycymab	inj.	1	mg	1	07613326050708	Vabysmo, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml
245	5.08.09.0000291	Odevixibat <sup>3</sup>	p.o.	1	mcg	1	09120121720043	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg
							09120121720012	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg
							09120121720029	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg
							09120121720036	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg
246	5.08.09.0000292	Selumetinibum	p.o.	1	mg	1	05000456070058	Koselugo, kaps. twarde, 10 mg
							05000456070065	Koselugo, kaps. twarde, 25 mg
247	5.08.09.0000293	Efgartigimod alfa	inj.	1	mg	1	04150179912881	Vyvgart, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg
248	5.08.09.0000294	Nivolumabum + Relatlimab	inj.	1	mg	1	08027950800476	Opdualag, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 240+80 mg
249	5.08.09.0000295	Olipudaza alfa <sup>3</sup>	inj.	1	mg	1	05909991490508	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg
							05909991513696	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg
250	5.08.09.0000296	Tezepelumabum	s.c.	1	mg	1	05000456076166	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań, 210 mg
251	5.08.09.0000297	Natalizumabum	s.c.	1	mg	1	05713219560252	Tysabri, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
252	5.08.09.0000298	Emicizumabum	s.c.	1	mg	1	07613326004442	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml, 1 fiol. po 0,4 ml
							07613326004534	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml, 1 fiol. po 0,7 ml
							07613326004763	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml, 1 fiol. po 1 ml
							07613326004756	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg/ml, 1 fiol. po 1 ml

253	5.08.09.0000299	Mavacamtenum	p.o.	1	mg	1	08027950800742	Camzyos, kaps. twarde, 10 mg
							08027950800759	Camzyos, kaps. twarde, 15 mg
							08027950800728	Camzyos, kaps. twarde, 2,5 mg
							08027950800735	Camzyos, kaps. twarde, 5 mg
254	5.08.09.0000300	Mogamulizumabum	inj.	1	mg	1	05038903004233	Poteligeo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/ml
255	5.08.09.0000301	Mosunetuzumabum	inj.	1	mg	1	07613326061001	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg
							07613326061087	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg
256	5.08.09.0000302	Romozozumabum	inj.	1	mg	1	05413787222025	Evenity, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg/ml
257	5.08.09.0000303	Tafamidisum	p.o.	1	mg	1	05415062359426	Vyndaqel, kaps. miękkie, 61 mg
258	5.08.09.0000304	Tebentafuspum <sup>3</sup>	inj.	1	fiolka	1	05056416800036	Kimtrak, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml
259	5.08.09.0000305	Foslevodopum + Foscarbidopum	inj.	1	mg	1	08054083025162	Produodopa, roztwór do infuzji, 240+12 mg/ml

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

<sup>2</sup> - rozumiany jako 1 lub więcej worków infuzyjnych przeznaczonych do terapii danego pacjenta

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

<sup>4</sup> - technologia lekowa o wysokiej wartości klinicznej - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24a ustawy o refundacji - dotyczy wyłącznie programu lekowego B.154.FM

Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 sierpnia 2024 r.

### Katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych

lp.	kod substancji czynnej	nazwa substancji czynnej	jednostka rozliczeniowa	wartość punktowa	tryb podania leku			Uwagi
					tryb ambulatoryjny	tryb jednodniowy	hospitalizacja	
1	5.08.07.0000109	sildenafilum - p.o.	20 mg, 90 tabl.	<b>103,03</b>	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 05055565741603 oraz o kodzie AIC A045184049, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 17 listopada 2023 r. do dnia 31 sierpnia 2025 r.
2	5.08.07.0000110	immunoglobulinum humanum - inj.	100 mg/ml, 1 fiol. 50 ml	<b>1 287,90</b>	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 00642621006155, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 25 marca 2024 r. do dnia 28 lutego 2025 r.
3	5.08.07.0000111	immunoglobulinum humanum- inj.	100 mg/ml, 1 fiol. 100 ml	<b>2 575,80</b>	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 00642621006162, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 25 marca 2024 r. do dnia 28 lutego 2025 r.
4	5.08.07.0000112	immunoglobulinum humanum- inj.	100 mg/ml, 1 fiol. 200 ml	<b>5 151,60</b>	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 00642621006179, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 25 marca 2024 r. do dnia 28 lutego 2025 r.

5	5.08.07.0000113	peginterferonum alfa-2a - inj.	135 µg/0,5 ml	<b>553,83</b>	x	x	x	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 24 kwietnia 2024 r.
6	5.08.07.0000114	peginterferonum alfa-2a - inj.	180 µg/0,5 ml	<b>738,44</b>	x	x	x	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 24 kwietnia 2024 r.
7	5.08.07.0000115	peginterferonum alfa-2a - inj.	90 µg/0,5 ml	<b>369,22</b>	x	x	x	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 24 kwietnia 2024 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.4.	03.0000.304.02	Leczenie chorych na 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 płucnej
B.8.	03.0000.308.02	Leczenie chorych na mięsaki 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.FM.	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 hemofilii 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 pacjentów z chorobą 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 tłuszczowym zapaleniem stawów (ŁZS)
B.36.	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)
B.37.	03.0000.337.02	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością 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 chorych z umiarkowaną i ciężką postacią 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.54.	03.0000.354.02	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytozowego
B.55.	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego
B.56.	03.0000.356.02	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego
B.57.	03.0000.357.02	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A
B.58.	03.0000.358.02	Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego 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 wywierca

B.74.	03.0000.374.02	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)
B.75.	03.0000.375.02	Leczenie chorych na aktywną postać ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA)
B.76.	03.0000.376.02	Leczenie tyrozydemii 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 chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)
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 gruczołakorakiem 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 pacjentów chorych na raka podstawnomórkowego skóry
B.89.	03.0000.389.02	Leczenie everolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwysiędkowymi olbrzymiomórkowymi (SEGA)
B.90.	03.0000.390.02	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona
B.95.	03.0000.395.02	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)
B.96.	03.0000.396.02	Leczenie chorych z nocną napadawą hemoglobinurią (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 chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)
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 pacjentów z rakiem rdzeniastym 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 ze zróżnicowanym rakiem tarczycy
B.121.	03.0000.421.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona
B.122.	03.0000.422.02	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczyńioruchowego o ciężkim przebiegu
B.123.	03.0000.423.02	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona
B.124.	03.0000.424.02	Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry
B.125.	03.0000.425.02	Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry
B.126.	03.0000.426.02	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwrodnienia wielotorbielowatego nerek
B.127.	03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną
B.128.FM	03.0000.428.02	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat
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	Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznego 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 pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc
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.FM	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
B.143.	03.0000.443.02	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową
B.144.	03.0000.444.02	Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)
B.145.	03.0000.445.03	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)
B.146.	03.0000.446.04	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma
B.147.	03.0000.447.05	Leczenie chorych na depresję lekooporną
B.148.	03.0000.448.02	Leczenie chorych na raka endometrium
B.149.	03.0000.449.02	Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi
B.150.	03.0000.450.02	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym
B.151.	03.0000.451.02	Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)

B.152.FM	03.0000.452.02	Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)
B.153	03.0000.453.02	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego
B.154.FM	03.0000.454.02	Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastaut lub z zespołem Dravet
B.155	03.0000.455.02	Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)
B.156	03.0000.456.02	Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa
B.157	03.0000.457.02	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii
B.158.FM	03.0000.458.02	Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B
B.159	03.0000.459.02	Leczenie chorych na raka szyjki macicy
B.160	03.0000.460.02	Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej
B.161	03.0000.461.02	Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)
B.162	03.0000.462.02	Leczenie pacjentów z kardiomiopatią
B.163.FM	03.0000.463.02	Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka





<b>03.0000.304.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka jelita grubego</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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 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)	
	ocena i potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR);	

<b>03.0000.305.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego</b>
-----------------------	--

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

<b>03.0000.306.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka płucnej</b>
-----------------------	---

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

<b>03.0000.308.02</b>	<b>Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	

<b>03.0000.309.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka piersi</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie 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 germlinalnej BRCA1/2	
badanie mutacji genu PIK3CA z wykorzystaniem zwalidowanego testu		

<b>03.0000.310.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z rakiem nerki</b>
-----------------------	--

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

<b>03.0000.312.02</b>	<b>Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	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	dla terapii aksybakabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu - 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	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dla terapii aksybakabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu - doświadczenie w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolenie w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi aksybakabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy 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)	



<b>03.0000.314.02</b>	<b>Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową</b>
-----------------------	--

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

<b>03.0000.315.02</b>	<b>Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	organizacja udzielania świadczeń	1071
1249		poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
4071		oddział hematologiczny dla dzieci
4241		oddział onkologiczny dla dzieci
4249		oddział onkologii i hematologii dziecięcej
4401		oddział pediatriczny
4403		oddział niemowlęcy
4401		oddział pediatriczny o profilu hematologii
HC.1.1. lub 1.2.		
50		
4401		oddział pediatriczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
HC.1.1. lub HC.1.2.		
60		
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
HC.1.2.		
60		
4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
HC.1.2.		
60		
ODDZIAŁ		TAK
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA		TAK
PORADNIA		TAK
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ		TAK
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA		NIE
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ		TAK
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ		NIE
REGIONALNE CENTRA LECZENIA HEMOFILII	TAK	
LOKALNE CENTRA LECZENIA HEMOFILII	TAK	
pozostałe	zapewnienie realizacji zadań i świadczeń przez regionalne i lokalne centra leczenia hemofilii (we wszystkie dni tygodnia) - zgodnie z opisem programu - w lokalizacji	
lekarze	regionalne centra leczenia hemofilii	lekarz specjalista w dziedzinie hematologii lub pediatrii, lub onkologii i hematologii dziecięcej; (łącznie czas pracy – równoważnik 2 etatów; nie dotyczy dyżuru medycznego) w tym lekarz posiadający co najmniej stopień naukowy doktora nauk medycznych (łącznie czas pracy - równoważnik 1 etatu, nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	lokalne centra leczenia hemofilii	lekarze (łącznie czas pracy - równoważnik 2 etatów, nie dotyczy dyżuru medycznego), w tym – lekarz specjalista w dziedzinie hematologii lub pediatrii, lub onkologii i hematologii dziecięcej (łącznie czas pracy - równoważnik 1 etatu; nie dotyczy dyżuru medycznego)
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	świadczeniodawcy udzielających świadczenia „leczenie w warunkach domowych”	lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej (łącznie czas pracy – równoważnik 1 etatu; nie dotyczy dyżuru medycznego)
łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu	

pielęgniarki	pielęgniarki z odbytym szkoleniem w zakresie przetaczania krwi i jej składników	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	regionalne centra leczenia hemofilii - w lokalizacji	USG
	regionalne centra leczenia hemofilii - zapewnienie dostępu	RTG
		TK
		MRI
		badania genetyczne
		badania immunohistochemiczne
	badania koagulologiczne	
lokalne centra leczenia hemofilii - w lokalizacji	USG	
lokalne centra leczenia hemofilii - zapewnienie dostępu	RTG	
	badania koagulologiczne	
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

<b>03.0000.317.02</b>	<b>Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>	
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		
	łącznie 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		
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów	
zapewnienie realizacji badań	USG		
	RTG		
	EKG		
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, immunologiczne, morfologia krwi z rozmazem)		

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

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	organizacja udzielania świadczeń	1031
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	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	USG	
	EKG	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne)	

<b>03.0000.319.02</b>	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki</b>
-----------------------	---

<b>organizacja udzielania świadczeń</b>	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	
<b>lekarze</b>	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
<b>pielęgniarki</b>	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
<b>zapewnienie realizacji badań</b>	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
<b>wyposażenie w sprzęt</b>	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

<b>03.0000.320.02</b>	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	łącznie 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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wyposażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

<b>03.0000.321.02</b>	<b>Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	



<b>03.0000.322.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobą Pompego</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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		

<b>03.0000.323.02</b>	<b>Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej, lub hematologii i onkologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii lub neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej b) dorośli – kardiologii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii, onkologii klinicznej, hematologii dostęp do konsultacji psychologicznej, fizjoterapeutycznej	
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	echokardiografia	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	
	biopsja szpiku (w przypadkach uzasadnionych medycznie)	

<b>03.0000.324.02</b>	<b>Leczenie choroby Hurler</b>
-----------------------	--------------------------------

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>	
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 pediatriczny
		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		

<b>03.0000.325.02</b>	<b>Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>	
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 pediatriczny
		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		
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów	
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej		
	łączy 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		
	łączy 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		

<b>03.0000.327.02</b>	<b>Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	

<b>03.0000.328.02</b>	<b>Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR	
	EMG	
	RTG	
	USG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.329.02</b>	<b>Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	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	
	łączy 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	
	łączy 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-kanalowe lub RR)
		rezonans magnetyczny (bez i po podaniu kontrastu)
		RTG
		oznaczenia poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV)
		badania w kierunku HIV, HBV, HCV, TBC, HPV
		testu na obecność przeciwciał anty-JCV
określenie polimorfizmu genu CYP2C9		



<b>03.0000.330.02</b>	<b>Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym</b>
-----------------------	---

kod resortowy	nazwa
1220	poradnia neurologiczna
1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
1300	poradnia rehabilitacyjna
1301	poradnia rehabilitacyjna dla dzieci
1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu
1303	poradnia rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej
1307	poradnia rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
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	

organizacja udzielania świadczeń

	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub rehabilitacji medycznej, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu z co najmniej rocznym doświadczeniem w prowadzeniu leczenia toksyną botulinową, potwierdzonym pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej lub rehabilitacji medycznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	EMG	
	RTG	
	USG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.331.02</b>	<b>Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	organizacja udzielania świadczeń	1100
1101		poradnia kardiologiczna dla dzieci
1272		poradnia chorób płuc
1273		poradnia chorób płuc dla dzieci
4100		oddział kardiologiczny
4101		oddział kardiologiczny dla dzieci
4272		oddział chorób płuc
4273		oddział chorób płuc dla dzieci
4650		oddział transplantologiczny
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii
HC.1.2.		
53		
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologii dziecięcej
HC.1.2.		
54		
4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu kardiologii
HC.1.2.		
53		
4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu kardiologii dziecięcej
HC.1.2.		
54		
ODDZIAŁ		TAK
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA		TAK
PORADNIA		TAK
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ		TAK
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ		TAK
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA		NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ		NIE
pozostałe	pracownia hemodynamiczna pozwalająca na wykonanie cewnikowania prawego i lewego serca pod kontrolą RTG	
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub kardiologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc dzieci lub kardiologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie 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)	

<b>03.0000.332.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego - Crohna</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>	
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		
	RTG		
	EKG		
	Ileokolonoskopia		
	badania laboratoryjne (biochemiczne, mikrobiologiczne, morfologia krwi z rozmazem, test Quantiferon, badanie ogólne moczu, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)		

<b>03.0000.333.02</b>	<b>Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	organizacja udzielania świadczeń	1280
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

<b>03.0000.335.02</b>	<b>Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)</b>
-----------------------	--

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

<b>03.0000.336.02</b>	<b>Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	organizacja udzielania świadczeń	1280
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

<b>03.0000.337.02</b>	<b>Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek</b>
-----------------------	---

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



<b>03.0000.338.02</b>	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	

<b>03.0000.339.02</b>	<b>Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami</b>
-----------------------	---

kod resortowy	nazwa
1130	poradnia nefrologiczna
1642	ambulatoryjna stacja dializ
1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
4000	oddział chorób wewnętrznych
4130	oddział nefrologiczny
4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
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 lub nefrologii dziecięcej
	łączny czas pracy
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy w komórce organizacyjnej (oddziale lub poradni, lub stacji dializ) o profilu nefrologicznym
	łączny czas pracy
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)

<b>03.0000.340.02</b>	<b>Profilaktyka zakażeń wirusem RS</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1277	poradnia leczenia mukowiscydozy dla dzieci
	1421	poradnia neonatologiczna
	1561	poradnia kardiochirurgiczna dla dzieci
	4101	oddział kardiologiczny dla dzieci
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4421	oddział neonatologiczny
	4561	oddział kardiochirurgiczny dla dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE	
pozostałe	nie dotyczy	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neonatologii,kardiologii dziecięcej,neurologii dziecięcej lub lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc dzieci	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne,wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	Dla pacjentów kardiologicznych: nieinwazyjne badanie hemodynamiczne (dot. poradni/oddziału kardiologicznego dla dzieci/kardiochirurgicznego dla dzieci).	

<b>03.0000.341.02</b>	<b>Leczenie zespołu Prader - Willi</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub pediatrii	
	łącznie 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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wypożyczenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

<b>03.0000.342.02</b>	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	łącznie 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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne (oznaczenie GH, IGF-I i IGFBP-3))	
	badania genetyczne	
wyposażenie w sprzęt	chłodnia (z możliwością całodobowego monitorowania temperatury) - w lokalizacji	
	sprzęt antropometryczny (w tym stadiometr typu Harpenden) - w lokalizacji	
	atlas GREULICHA-PYLE	

<b>03.0000.344.02</b>	<b>Leczenie chorych z ciężką postacią astmy</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE	
pozostałe	nie dotyczy	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii lub chorób płuc, lub chorób płuc u dzieci	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	spirometria z możliwością wykonania próby rozkurczowej	
	PEF	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, immunologiczne (IgE całkowite i IgE-alergenowo swoiste), badanie kału w kierunku pasożytów)	

<b>03.0000.347.02</b>	<b>Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycy plackowatej</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	organizacja udzielania świadczeń	1200
1201		poradnia dermatologiczna dla dzieci
4000		oddział chorób wewnętrznych
4200		oddział dermatologiczny
4201		oddział dermatologiczny dla dzieci
4401		oddział pediatriczny
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
HC.1.2.		
09		
4671		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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodoncją lub stomatologii dziecięcej, chirurgii stomatologicznej lub periodontologii, położnictwa i ginekologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG klatki piersiowej	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	
	USG	

<b>03.0000.350.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej</b>
-----------------------	---

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



<b>03.0000.352.02</b>	<b>Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi</b>
-----------------------	---

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

<b>03.0000.354.02</b>	<b>Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytozy</b>
-----------------------	---

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

<b>03.0000.355.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego</b>
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa	
organizacja udzielania świadczeń	1050	poradnia gastroenterologiczna	
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci	
	4000	oddział chorób wewnętrznych	
	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	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej		
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów	
pielęgniarki	pielęgniarki		
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów	
zapewnienie realizacji badań	RTG		
	EKG		
	badanie endoskopowe		
	badania laboratoryjne (biochemiczne, mikrobiologiczne, morfologia krwi z rozmazem, test Quantiferon, badanie ogólne moczu, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)		

<b>03.0000.356.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE	
pozostałe	w przypadku stosowania dichlorku radu Ra 223 – zapewnienie dostępu do pracowni lub zakładu medycyny nuklearnej (7950)	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub urologii, lub radioterapii onkologicznej	
	łącznie 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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK	
	MRI	
	RTG	
	scyntygrafia	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania molekularne (ocena stanu genu BRCA)	
	badanie histopatologiczne	
	pomiar gęstości mineralnej kości	
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	

<b>03.0000.357.02</b>	<b>Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1220	poradnia neurologiczna
	1300	poradnia rehabilitacyjna
	1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu
	1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej
	2300	zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej
	4220	oddział neurologiczny
	4300	oddział rehabilitacyjny
	4302	oddział rehabilitacji narządu ruchu
	4306	oddział rehabilitacji neurologicznej
ODDZIAŁ	TAK (dotyczy wyłącznie oddziałów o kodach resortowych: 4300, 4302, 4306)	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK	
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 świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej lub rehabilitacji narządu ruchu, lub rehabilitacji ogólnoustrojowej w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza lub w ramach umowy o udzielanie świadczeń w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	
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 przebyłym udarze mózgu, potwierdzone certyfikatem, w dwóch różnych ośrodkach rekomendowanych przez Polskie Towarzystwo Neurologiczne lub Polskie Towarzystwo Rehabilitacji	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne - INR	

<b>03.0000.358.02</b>	<b>Leczenie chorych na zaawansowanego raka przelyku, połączenia żołądkowo- przelykowego i żołądka</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	USG	
	RTG	
	EKG	
	tomografia komputerowa	
	badania immunohistochemiczne: stopień ekspresji PD-L1 z CPS (combined positive score) oraz potwierdzające występowanie choroby resztkowej	
	badania histopatologiczne	
	badania molekularne (ocena stanu genu HER 2)	
	test ciążowy	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badania układu krzepnięcia, badania ogólne moczu, hormonalne)	

<b>03.0000.359.02</b>	<b>Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1243	poradnia chemioterapii dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	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
	4670	oddział leczenia jednego dnia 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	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	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii onkologicznej dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów - w lokalizacji
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endykrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, radioterapii onkologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hematologiczne, hormonalne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	scyntygrafia	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	
	ocena obecności mutacji BRAF V600	
	ocena ekspresji PDL1	
pozostałe	w przypadku świadczeniodawcy prowadzącego leczenie pacjentów dorosłych wymagane jest doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na czerniaka (co najmniej 50 chorych rocznie - dotyczy oferenta)	

<b>03.0000.361.02</b>	<b>Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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 pediatria
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatria
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE	
pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii	
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub nefrologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub nefrologii dziecięcej lub pediatrii metabolicznej	
	łącznie 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	
	łącznie 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	



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

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	

<b>03.0000.362.02</b>	<b>Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	

<b>03.0000.365.02</b>	<b>Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>	
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		
	łączy 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		
	łączy 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		

<b>03.0000.366.02</b>	<b>Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe</b>
-----------------------	--

kod resortowy	nazwa	
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	
	łączy 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	
	łączy 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		

<b>03.0000.367.02</b>	<b>Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych</b>
-----------------------	--

kod resortowy	nazwa	
1220	poradnia neurologiczna	
1221	poradnia neurologiczna dla dzieci	
1280	poradnia reumatologiczna	
1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci	
4220	oddział neurologiczny	
4221	oddział neurologiczny dla dzieci	
4280	oddział reumatologiczny	
4281	oddział reumatologiczny dla dzieci	
4401	oddział pediatriczny 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	<p style="text-align: center;">program może być realizowany:</p> <p style="text-align: center;">1) na oddziale reumatologicznym z poradnią reumatologiczną lub</p> <p style="text-align: center;">2) oddziale reumatologicznym dla dzieci z poradnią reumatologiczną dla dzieci, lub</p> <p style="text-align: center;">3) na oddziale pediatricznym o profilu reumatologii z poradnią reumatologiczną dla dzieci</p> <p style="text-align: center;">- wyłącznie w zakresie leczenia miopatii zapalnych tj. zapalenia skórno-mięśniowego oraz zapalenia wielomięśniowego;</p> <p style="text-align: center;">co najmniej dwa stanowiska intensywnej opieki medycznej – w lokalizacji – wpis w rejestrze: łóżka intensywnej opieki medycznej;</p>	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub reumatologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	REZONANS MAGENTYCZNY (bez i po podaniu kontrastu)	
	EMG	
	<p style="text-align: center;">badania laboratoryjne:</p> <p style="text-align: center;">- hematologiczne i biochemiczne,</p> <p style="text-align: center;">- badania immunologiczne (oznaczenie stężenia immunoglobulin w klasach IgG, IgM i IgA, oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych, oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4), oznaczenie przeciwciał anty-NMDA),</p> <p style="text-align: center;">- badanie płynu mózgowo-rdzeniowego</p>	
	wzrokowe potencjały wywołane	

<b>03.0000.370.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki</b>
-----------------------	---

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

<b>03.0000.371.02</b>	<b>Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C</b>
-----------------------	--

<b>organizacja udzielania świadczeń</b>	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	
<b>lekarze</b>	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób zakaźnych lub transplantologii klinicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
<b>pielęgniarki</b>	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
<b>zapewnienie realizacji badań</b>	USG	
	RTG	
	EKG	
	elastografia wątroby ( wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy kPa, wskaźnik APRI lub FIB-4)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową i jakościową)	

<b>03.0000.373.02</b>	<b>Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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
	pozostałe	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	



<b>03.0000.374.02</b>	<b>Leczenie przewlekłego zakrzepowozatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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)	

<b>03.0000.375.02</b>	<b>Leczenie chorych na aktywną postać ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA)</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, immunologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	
	RTG	
	USG	
	EKG	

<b>03.0000.376.02</b>	<b>Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii metabolicznej – dotyczy dzieci dostęp do konsultacji dietetycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	USG	
	badania okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej	

<b>03.0000.377.02</b>	<b>Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina</b>
-----------------------	---

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

<b>03.0000.379.02</b>	<b>Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>	
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 cytometryczne szpiku (antygen CD20)		
	badania cytogenetyczne i molekularne (delecja 17p lub mutacja w genie TP53)		
	badanie cytometrii przepływowej krwi lub szpiku (antygen CD20)		

<b>03.0000.381.02</b>	<b>Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	trepanobiopsja szpiku	
	badania molekularne (JAK2, CALR, MPL)	
	badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

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

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	

<b>03.0000.385.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	PET/CT	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	



<b>03.0000.386.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	organizacja udzielania świadczeń	1080
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodoncją lub stomatologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem na oddziale immunologii klinicznej lub immunologii klinicznej dla dzieci, lub w poradni immunologii klinicznej, lub immunologii klinicznej dla dzieci	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, immunologiczne, serologiczne, morfologia krwi)	
	USG	
	RTG	
	badanie słuchu	
	badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka)	
	rezonans magnetyczny	
	echo serca	

<b>03.0000.387.02</b>	<b>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	

<b>03.0000.388.02</b>	<b>Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry</b>
-----------------------	--

kod resortowy	nazwa	
1200	poradnia dermatologiczna	
1240	poradnia onkologiczna	
1242	poradnia chemioterapii	
4200	oddział dermatologiczny	
4240	oddział onkologiczny	
4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii	
4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii	
HC.1.2.		
09		
4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej	
HC.1.2.		
24		
ODDZIAŁ	TAK	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	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	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 poprzedzających miesiąc ogłoszenia postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie dermatologii i wenerologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: chirurgii onkologicznej, radioterapii onkologicznej; dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów albo dermatologii i wenerologii - w przypadku, gdy program jest realizowany bez udziału lekarzy takiej specjalizacji.
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV, morfologia krwi z rozmazem)	
	badanie histopatologiczne	
	fotografia widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala)	

<b>03.0000.389.02</b>	<b>Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji specjalisty w dziedzinie neurochirurgii w celu potwierdzenia braku możliwości leczenia chirurgicznego
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	MRI	
	TK	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, serologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania genetyczne (gen TSC1, TSC2)	

<b>03.0000.390.02</b>	<b>Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	TK lub MRI	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie układu krzepnięcia)	

<b>03.0000.395.02</b>	<b>Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	łącznie 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	
	łącznie 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	

<b>03.0000.396.02</b>	<b>Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>	
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 dopplerowskie, EKG, echo serca		
	rezonans magnetyczny z angiografią lub tomografia komputerowa		
badania genetyczne			
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej dotyczącą realizacji przedmiotowego programu lekowego		

<b>03.0000.397.02</b>	<b>Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	
	łącznie 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	
	łącznie 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), badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, oznaczenie stężenia immunoglobulin (IgG, IgA, IgM)	
	biopsja aspiracyjna i trepanobiopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie	
	EKG	



<b>03.0000.398.02</b>	<b>Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	łącznie 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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, badania oceniające liczbę i stan funkcjonalny płytek krwi; parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita)	
	biopsja aspiracyjna i trepanobiopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie	
pozostałe	*w przypadku udzielania świadczeń na oddziale pediatrycznym świadczeniodawca musi posiadać pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. Wymóg uzyskania pozytywnej opinii nie dotyczy oddziału pediatrycznego o profilu onkologii i hematologii dziecięcej.	

<b>03.0000.399.02</b>	<b>Leczenie akromegalii</b>
-----------------------	-----------------------------

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny (przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki)	
	USG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (oznaczenie stężenia: hormonu wzrostu, IGF-1, sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR; ocena czynności nadnerczy i tarczycy, ocena stężenia glukozy, odsetek hemoglobiny glikowanej, AspAT i AlAT )	

<b>03.0000.401.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
		1000
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1021	poradnia diabetologiczna dla dzieci
	1027	poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1100	poradnia kardiologiczna
	1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
	1104	poradnia nadciśnienia tętniczego
	1401	poradnia pediatryczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4001	oddział chorób wewnętrznych dla dzieci
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4021	oddział diabetologiczny dla dzieci
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4100	oddział kardiologiczny
	4101	oddział kardiologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4560	oddział kardiochirurgiczny
	4561	oddział kardiochirurgiczny dla dzieci
organizacja udzielania świadczeń	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
	4671 HC.1.2. 123	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	4671 HC.1.2. 28	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	4671 HC.1.2. 54	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	4671 HC.1.2. 43	oddział leczenia jednego dla dzieci dnia o profilu diabetologii
	4671 HC.1.2. 117	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej

	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	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie kardiologii lub chorób wewnętrznych dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub kardiologii dziecięcej lub pediatrii metabolicznej lub diabetologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	lipidogram	
	badania laboratoryjne - biochemiczne	
	badania genetyczne potwierdzające występowanie HoFH - zapewnienie dostępu	
	elastografia wątroby lub inne badanie pozwalające wykryć stłuszczeniowe zapalenie i zwłóknienie wątroby - zapewnienie dostępu	
pozostałe	dorośli - świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii potwierdzającą wystarczające doświadczenie w leczeniu zaburzeń lipidowych dzieci - świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej potwierdzającą wystarczające doświadczenie w leczeniu zaburzeń lipidowych	

<b>03.0000.402.02</b>	<b>Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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 specjaliści w dziedzinie neurologii z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii	
	łączy 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	
	łączy 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: pulmonologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu; gastroenterologii dziecięcej; rehabilitacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania genetyczne pozwalające na potwierdzenie delekcji 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	

<b>03.0000.404.02</b>	<b>Leczenie choroby Fabry'ego</b>
-----------------------	-----------------------------------

<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
1000	poradnia chorób wewnętrznych
1008	poradnia chorób metabolicznych
1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
1030	poradnia endokrynologiczna
1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
1100	poradnia kardiologiczna
1101	poradnia kardiologiczna dla dzieci
1130	poradnia nefrologiczna
1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
1220	poradnia neurologiczna
1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
1401	poradnia pediatryczna
4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
HC.1.1. lub HC.1.2. 43 lub 44, lub 123	
4008	oddział chorób metabolicznych
4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
4030	oddział endokrynologiczny
4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
4100	oddział kardiologiczny
4101	oddział kardiologiczny dla dzieci
4130	oddział nefrologiczny
4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
4220	oddział neurologiczny
4221	oddział neurologiczny dla dzieci
4401	oddział pediatryczny
4670 HC.1.2. 07	oddział leczenia jednego dnia o profilu choroby wewnętrznej
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

organizacja udzielania świadczeń

	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	
	łącznie 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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, nefrologii, neurologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	EKG + EKG metodą Holtera	
	echokardiografia	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi, biochemiczne, enzymatyczne, w tym oznaczenie biomarkera lizo-GL-3*)	
	oznaczenie wskaźnika eGFR	
	badania genetyczne	
uwagi	*oświadczenie świadczeniodawcy dot. zapewnienia wykonania oznaczenia biomarkera lizo-GL-3 u wszystkich pacjentów kwalifikujących się do leczenia w programie - zgodnie z opisem programu lekowego B.104.	

<b>03.0000.405.02</b>	<b>Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1600	poradnia okulistyczna
	4600	oddział okulistyczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu okulistyki
	HC.1.2.	
	23	
	ODDZIAŁ	
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
	lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki z doświadczeniem w prowadzeniu leczenia błony naczyniowej oka potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki
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), angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT - w lokalizacji	
	USG gałki ocznej typu B - w lokalizacji	
	MRI, EKG, RTG, badania laboratoryjne wymienione w opisie programu lekowego- zapewnienie dostępu	



<b>03.0000.406.02</b>	<b>Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV</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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku HBV)	

<b>03.0000.407.02</b>	<b>Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną</b>
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
	organizacja udzielania świadczeń	1010
1011		poradnia alergologiczna dla dzieci
1272		poradnia chorób płuc
1273		poradnia chorób płuc dla dzieci
1200		poradnia dermatologiczna
1201		poradnia dermatologiczna dla dzieci
4000		oddział chorób wewnętrznych
4010		oddział alergologiczny
4011		oddział alergologiczny dla dzieci
4270		oddział gruźlicy i chorób płuc
4271		oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
4272		oddział chorób płuc
4273		oddział chorób płuc dla dzieci
4200		oddział dermatologiczny
4201		oddział dermatologiczny dla dzieci
4401		oddział 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		
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
HC.1.2.		
36		
4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu alergologii
HC.1.2.		
36		
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
HC.1.2.		
42		
4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób płuc
HC.1.2.		
42		
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób wewnętrznych
HC.1.2.		
07		
4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii	
HC.1.2.		
28		
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnić realizację badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, TSH, CRP)	

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

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>	
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		
	HC.1.1.	oddział pediatryczny o profilu endokrynologii	
	44		
	4401		
	HC.1.1.	oddział pediatryczny o profilu endokrynologii dziecięcej	
	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, neurologii, 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 tętniczego krwi - w lokalizacji		
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie endokrynologii potwierdzającą doświadczenie w diagnostyce i leczeniu pacjentów z niedoczynnością przysadki		

<b>03.0000.408.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy</b>
-----------------------	---

	kod resortowy	nazwa
	organizacja udzielania świadczeń	1030
1031		poradnia endokrynologiczna dla dzieci
1240		poradnia onkologiczna
1241		poradnia onkologiczna dla dzieci
1242		poradnia chemioterapii
1249		poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
4030		oddział endokrynologiczny
4031		oddział endokrynologiczny dla dzieci
4240		oddział onkologiczny
4242		oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
4249		oddział onkologii i hematologii dziecięcej
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 endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki, w przypadku realizacji świadczeń poza poradnią/oddziałem endokrynologicznym - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.409.02</b>	<b>Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych</b>
-----------------------	--

	kod resortowy	nazwa
	organizacja udzielania świadczeń	4000
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii metabolicznej lub pediatrii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	oznaczenie stężenia karnityny wolnej i całkowitej w surowicy lub suchej kropli krwi na bibule metodą tandemowej spektrometrii mas (tj. MS/MS) - zapewnienie dostępu	

<b>03.0000.410.02</b>	<b>Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie 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	

<b>03.0000.412.02</b>	<b>Leczenie chorych na mukowiscydozę</b>
-----------------------	--

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

<b>03.0000.413.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobami nerek</b>
-----------------------	---

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



<b>03.0000.414.02</b>	<b>Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	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	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	
	łącznie 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 świadczeń	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	ECHO serca	
	RTG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, koagulogram, biochemiczne, badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B - w tym HBsAg, HBcAg)	
	badanie na obecność mutacji FLT3 (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD.] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD])	
	badanie immunofenotypowe potwierdzające ekspresję antygenu CD33 na komórkach blastycznych	

<b>03.0000.415.02</b>	<b>Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	organizacja udzielania świadczeń	1070
4070		oddział hematologiczny
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
HC.1.2.		
50		
ODDZIAŁ		NIE
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA		NIE
PORADNIA		TAK
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ		TAK
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ		TAK
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA		NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ		NIE
pozostałe		nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	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)	

<b>03.0000.417.02</b>	<b>Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii onkologicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów - w lokalizacji
	lekarze specjaliści w dziedzinie radioterapii onkologicznej	
łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu - w lokalizacji	
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie 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)	

<b>03.0000.418.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny	
	USG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne, hormonalne)	

<b>03.0000.419.02</b>	<b>Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy</b>
-----------------------	--

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

<b>03.0000.421.02</b>	<b>Leczenie amifamprydyną pacjentów z Zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona</b>
-----------------------	--

	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	
	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)	

<b>03.0000.422.02</b>	<b>Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku nacynioruchowego o ciężkim przebiegu</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	

<b>03.0000.423.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>	
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna	
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci	
	4220	oddział neurologiczny	
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci	
	1050	poradnia gastroenterologiczna	
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci	
	4050	oddział gastroenterologiczny	
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci	
	1056	poradnia hepatologiczna	
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci	
	1650	poradnia transplantologiczna	
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologicznym	
	HC.1.2.		
	22		
	4671	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej	
	HC.1.2.		
	58		
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologicznym	
	HC.1.2.		
	47		
	4671	oddział leczenia jednego o profilu gastroenterologii dziecięcej	
	HC.1.2.		
	118		
		ODDZIAŁ	NIE
		ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
		PORADNIA	TAK
		ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK	
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE	
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE	
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub gastroenterologii		
	łączy czas pracy	równoważnik 2 etatów	
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii dziecięcej lub gastroenterologii dziecięcej		
	łączy 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		
	łączy 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 atopowym zapaleniem skóry

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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
	4401	oddział pediatryczny
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	

<b>03.0000.425.02</b>	<b>Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry</b>
-----------------------	--

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

<b>03.0000.426.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek</b>
-----------------------	---

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

<b>03.0000.427.02</b>	<b>Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	biopsja aspiracyjna szpiku, trepanobiopsja	
	badanie cytogenetyczne	

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

kod resortowy	nazwa
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

organizacja udzielania świadczeń

	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu chorych na ostrą porfirię wątrobową udokumentowane sprawowaniem opieki medycznej nad chorymi na ostrą porfirię wątrobową
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	badanie porfobilinogenu (PBG) i kwasu delta-aminolewulinowego (ALA) w moczu i osoczu	
	badania genetyczne mutacji w genach związanych z ostrą porfirią wątrobową, tj. HMBS, CPOX, PPOX oraz w genach homozygotycznych lub złożonych genach heterozygotycznych ALAD	

<b>03.0000.429.02</b>	<b>Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1</b>
-----------------------	--

	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
lekarze	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii dziecięcej lub nefrologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie 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	

<b>03.0000.430.02</b>	<b>Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
pozostałe	nie dotyczy	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie 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)	



<b>03.0000.431.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z idiopatyczną wielogniskową chorobą Castlemana</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	1070	poradnia hematologiczna
	4070	oddział hematologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	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
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	

<b>03.0000.432.02</b>	<b>Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1073	poradnia nowotworów krwi dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4072	oddział nowotworów krwi
	4073	oddział nowotworów krwi dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4658	oddział transplantacji szpiku
	4659	oddział transplantacji szpiku dla dzieci
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
ODDZIAŁ	NIE	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE	
PORADNIA	NIE	
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE	
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK	
pozostałe	nie dotyczy	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub transplantologii klinicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	w przypadku realizacji świadczeń przez lekarzy specjalistów w dziedzinie hematologii albo w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej 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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	oznaczenie CMV IgG i IgM	
	ilościowe badanie CMV DNA	

<b>03.0000.433.02</b>	<b>Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
<b>organizacja udzielania świadczeń</b>	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	ODDZIAŁ	
	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
	<b>lekarze</b>	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
łącznie czas pracy		równoważnik 1 etatu
<b>pielęgniarki</b>	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu

<b>03.0000.434.02</b>	<b>Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania obrazowe (RTG lub TK lub MRI)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badania histopatologiczne lub cytologiczne	

<b>03.0000.435.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	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	
	łącznie 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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV, profil ANA obejmujący m.in. anty-Scl-70, przeciwciała antycentromerowe i przeciwko polimerazie RNA III, oznaczenie przeciwciał aCCP, c-ANCA i p-ANCA )	
	kapilaroskopia, pletyzmografia	
	EKG	
	ECHO serca	
	TK klatki piersiowej	
	spirometria oraz zdolność dyfuzyjna płuc dla CO (TLCO)	

<b>03.0000.436.02</b>	<b>Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)</b>
-----------------------	--

kod resortowy	nazwa
1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
1272	poradnia chorób płuc
1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
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
pielęgniarki	pielęgniarki
	łączny czas pracy
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne
	RTG klatki piersiowej
	EKG
	test na obecność wirusa HIV
	badanie płwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub testu molekularnego XDR-TB lub MDR-TB
	badania czynności wątroby

<b>03.0000.437.02</b>	<b>Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	kod resortowy	nazwa
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, immunologiczne, histopatologiczne)	
	EKG	

<b>03.0000.438.02</b>	<b>Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>	
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		
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów	
pielęgniarki	pielęgniarki		
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu	
zapewnienie realizacji badań	rezonans magnetyczny		
	RTG		
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badanie ogólne moczu)		



<b>03.0000.439.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków</b>
-----------------------	---

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	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)	

<b>03.0000.440.02</b>	<b>Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>	
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 pediatriczny	
	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 gastroenterologii 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)		

<b>03.0000.441.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	organizacja udzielania świadczeń	1240
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	
	łącznie 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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	

<b>03.0000.442.02</b>	<b>Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji</b>
-----------------------	--

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

<b>03.0000.443.02</b>	<b>Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	organizacja udzielania świadczeń	1000
1008		poradnia chorób metabolicznych
1009		poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
1030		poradnia endokrynologiczna
1401		poradnia pediatryczna
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
4030		oddział endokrynologiczny
4031		oddział endokrynologiczny dla dzieci
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
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub neurologii dziecięcej oraz do konsultacji dietetycznej, psychologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	EKG	

<b>03.0000.444.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)</b>
-----------------------	---

kod resortowy	nazwa
1240	poradnia onkologiczna
1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
1242	poradnia chemioterapii
1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
1401	poradnia pediatryczna
4240	oddział onkologiczny
4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
4401	oddział pediatryczny
4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
HC.1.2.	
24	
ODDZIAŁ	
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
PORADNIA	TAK
ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
pozostałe	zapewnienie dostępu do oddziału chirurgii onkologicznej lub chirurgii onkologicznej dla dzieci, lub chirurgii dziecięcej o profilu chirurgii onkologicznej, lub chirurgii ogólnej o profilu chirurgii onkologicznej, lub chirurgii klatki piersiowej o profilu chirurgii onkologicznej oraz oddziału lub zakładu radioterapii
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej
	łączy czas pracy
pielęgniarki	pielęgniarki
	łączy czas pracy
zapewnienie realizacji badań	badanie histologiczne lub cytologiczne
	Badanie potwierdzające obecność fuzji genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu sekwencjonowania kolejnej generacji (NGS, next-generation sequencing) wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu
	Tk lub MRI
	EKG
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej lub Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej

<b>03.0000.445.02</b>	<b>Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	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	TAK	
pozostałe	nie dotyczy	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	wykazanie amyloidu za pomocą barwienia dowolnego materiału tkankowego czerwieńią Kongo	
	bezpośrednie typowanie amyloidu wykazujące obecność fragmentów łańcuchów lekkich	
	oznaczanie stężenia białka M metodą elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu	
	oznaczanie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/lambda w surowicy krwi (sFLC)	
	wykazanie obecności klonalnych plazmacytów w szpiku czy innych tkankach (badanie histopatologiczne lub cytometryczne)	
	oznaczenie stężenia NT-proBNP	
	oznaczenie stężenia troponiny T lub troponiny I	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	ECHO serca	
	USG	
	EKG	
	MRI	
pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a)		

<b>03.0000.446.02</b>	<b>Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>	
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	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 hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów		
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów	
pielęgniarki	pielęgniarki		
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów	
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)		
	tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny lub RTG i USG		
	badania na obecność HBsAg i HBcAb		
	trepanobiopsja szpiku wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym klinalny naciek chłoniaka limfoplazmocytoowego		
	EKG		



<b>03.0000.447.02</b>	<b>Leczenie chorych na depresję lekooporną</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	4700	oddział psychiatryczny
	2700	oddział dzienny psychiatryczny (ogólny)
	1700	poradnia zdrowia psychicznego
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ DZIENNY	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ DZIENNY Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM DZIENNYM	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM DZIENNYM ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	Świadczeniodawca realizuje świadczenia w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych lub świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych lub świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, lub realizuje umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego
lekarze	lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badanie psychiatryczne	
	badania laboratoryjne	

<b>03.0000.448.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka endometrium</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	TAK	
pozostałe	nie dotyczy	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub ginekologii onkologicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	TK lub MR	

<b>03.0000.449.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	organizacja udzielania świadczeń	1070
1071		poradnia hematologiczna dla dzieci
1249		poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
1650		poradnia transplantologiczna
1651		poradnia transplantologiczna dla dzieci
4070		oddział hematologiczny
4071		oddział hematologiczny dla dzieci
4249		oddział onkologii i hematologii dziecięcej
4650		oddział transplantologiczny
4658		oddział transplantacji szpiku
4659		oddział transplantacji szpiku dla dzieci
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		
4671		oddział leczenia jednego dnia dla dzieci 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	TAK	
pozostałe	nie dotyczy	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej lub transplantologii klinicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

<b>03.0000.450.02</b>	<b>Leczenie chorych z toczeniem rumieniowatym układowym</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>	
organizacja udzielania świadczeń	1130	poradnia nefrologiczna	
	1200	poradnia dermatologiczna	
	1280	poradnia reumatologiczna	
	4000	oddział chorób wewnętrznych	
	4130	oddział nefrologiczny	
	4200	oddział dermatologiczny	
	4280	oddział reumatologiczny	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii	
	HC.1.2.		
	67		
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii	
	HC.1.2.		
	57		
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii	
	HC.1.2.		
	09		
		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 reumatologii lub nefrologii lub dematologii i wenerologii		
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów	
pielęgniarki	pielęgniarki		
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów	
zapewnienie realizacji badań	RTG, TK, USG,		
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)		
	badania immunohistochemiczne		
	EMG, ECHO serca, EKG		

<b>03.0000.451.02</b>	<b>Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	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	
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub nefrologii dziecięcej lub pediatrii metabolicznej lub endokrynologii dziecięcej i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	

<b>03.0000.452.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)</b>
-----------------------	--

kod resortowy	nazwa	
1050	poradnia gastroenterologiczna	
1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci	
1056	poradnia hepatologiczna	
1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci	
1401	poradnia pediatryczna	
4050	oddział gastroenterologiczny	
4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci	
4401	oddział pediatryczny	
4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii	
HC.1.2.		
28		
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 gastroenterologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii dziecięcej lub pediatrii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania obrazowe wątroby	
	badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4	
	potwierdzenie w badaniach genetycznych PFIC-1 w genie ATP8B lub PFIC-2 w genie ABCB11	
	badania laboratoryjne (biochemiczne), INR	

<b>03.0000.453.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowego</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	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 neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (AIAT, ASPAT, bilirubina całkowita)	

<b>03.0000.454.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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	
	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 neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (AIAT, ASPAT, bilirubina całkowita)	



<b>03.0000455.02</b>	<b>Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)</b>
----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
organizacja udzielania świadczeń	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	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	
	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	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki i dermatologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	MR (ocena wolumetryczna PN)	
	echokardiografia	
	ocena okulistyczna	
	badania labolatoryjne (ALAT, ASPAT, albuminy, bilirubina)	
	ocena zmian skórnych i zaburzeń tk. podskórnej	
	ocena krzepliwości (INR, czas protrombinowy)	

<b>03.0000.456.02</b>	<b>Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1610	poradnia otorynolaryngologiczna
	4670 H.C.1.2. 26	Oddział leczenia jednego dnia o profilu otorynolaryngologicznym
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	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	lekarz specjalista w dziedzinie otorynolaryngologii	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (IgE, kreatynina, mocznik,CRP,ALT,AST)	
	TK	
	badanie endoskopowe	
	badania diagnostyczne wykluczające obecność pasożytów	

<b>03.0000.457.02</b>	<b>Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii</b>
-----------------------	---

kod resortowy	nazwa
1220	poradnia neurologiczna
4220	oddział neurologiczny
4670 HC.1.2. 22	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
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 neurologii
łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki
łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)

<b>03.0000.458.02</b>	<b>Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sфингомиелиназы (ASMD) typu A/B i B</b>
-----------------------	---

kod resortowy	nazwa
1000	poradnia chorób wewnętrznych
1008	poradnia chorób metabolicznych
1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
1030	poradnia endokrynologiczna
1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
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
4070	oddział hematologiczny
4071	oddział hematologiczny dla dzieci
4008	oddział chorób metabolicznych
4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
4030	oddział endokrynologiczny
4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
4272	oddział chorób płuc
4273	oddział chorób płuc 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. 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
4670 HC.1.2. 50	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
4671 HC.1.2. 60	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
4670 HC.1.2. 42	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
4671 HC.1.2. 115	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób płuc dzieci

organizacja udzielania świadczeń

	ODDZIAŁ	TAK
	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	TAK
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub endokrynologii lub hematologii lub chorób płuc	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub onkologii i hematologii dziecięcej lub chorób płuc dzieci	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: chorób płuc lub chorób płuc dzieci, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologii lub neurologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	MRI	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	
	badania spirometryczne	
	badania densytometryczne	

<b>03.0000.459.02</b>	<b>Leczenie chorych na raka szyjki macicy</b>
-----------------------	---

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
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 HC.1.2. 24	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	4670 HC.1.2. 49	oddział leczenia jednego dnia o profilu ginekologii onkologicznej
	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	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub ginekologii onkologicznej	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łącznie czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania histopatologiczne	
	tomografia komputerowa, EKG	
	badania immunohistochemiczne: stopień ekspresji PD-L1	

03.0000.460.02

### Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	organizacja udzielania świadczeń	1030
1040		poradnia endokrynologiczna osteoporozy
1060		poradnia geriatryczna
1280		poradnia reumatologiczna
1580		poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej
1584		poradnia osteoporozy
4030		oddział endokrynologiczny
4060		oddział geriatryczny
4280		oddział reumatologiczny
4580		oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
HC.1.2.		
67		
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologii
HC.1.2.		
44		
4670		oddział leczenia jednego dnia o profilu geriatry
HC.1.2.		
48		
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 reumatologii lub endokrynologii lub geriatry lub chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub położnictwa i ginekologii lub chorób wewnętrznych	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączy czas pracy	równoważnik 1 etatów
zapewnienie realizacji badań	densytometria - zapewnienie dostępu	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia )	

<b>03.0000.461.02</b>	<b>Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)</b>
-----------------------	--

organizacja udzielania świadczeń	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
	1200	poradnia dermatologiczna
	4200	oddział dermatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	9	
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, test QuantiFERON – TB, obecność antygeny HB, przeciwciała anty-HCV, obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo))	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	



<b>03.0000.462.02</b>	<b>Leczenie pacjentów z kardiomiopatią</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
<b>organizacja udzielania świadczeń</b>	1100	poradnia kardiologiczna
	1102	poradnia wad serca
	4100	oddział kardiologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu kardiologicznym
	HC.1.2.	
	53	
	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
<b>lekarze</b>	lekarze specjaliści w dziedzinie kardiologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie hematologii
<b>pielęgniarki</b>	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
<b>zapewnienie realizacji badań</b>	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	scyntygrafia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, RTG	
	echokardiografia, holter 24-godzinne monitorowanie EKG, EKG	
	sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR)	
	genotypowanie pacjentów pod kątem cytochromu P450	
	weryfikacja LVOT przeprowadzona metodą bezpośrednich pomiarów ciśnienia	
	test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych (6MWT)	

<b>03.0000.463.02</b>	<b>Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka</b>
-----------------------	--

	<b>kod resortowy</b>	<b>nazwa</b>
<b>organizacja udzielania świadczeń</b>	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemoterapii
	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	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
pozostałe	oddział intensywnej terapii w lokalizacji udzielania świadczeń	
<b>lekarze</b>	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
<b>pielęgniarki</b>	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
<b>zapewnienie realizacji badań</b>	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	badanie histopatologiczne lub cytologiczne	
	test do genotypowania HLA	
	badanie ultrasonograficzne gałki ocznej	

Załącznik Nr 6 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 sierpnia 2024 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	03.0000.304.02	B.4.	C 18, C 19, C 20	Leczenie chorych na raka jelita grubego	CETUKSYMAB, PANITUMUMAB, AFLIBERCEPT, TRIFLURYDYNA + TYPIRACYL, IPILIMUMAB, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB
3	03.0000.305.02	B.5.	C 22.0	Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego	KABOZANYTYNIB, ATEZOLIZUMAB
4	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, BRYGATYNIB, DURWALUMAB, LORLATYNIB, ENTREKTYNIB, CEMPLIMAB, IPILIMUMAB, SOTORASIB
5	03.0000.308.02	B.8.	C 48, C 49	Leczenie chorych na mięsaki tkanek miękkich	TRABEKTEDYNA, PAZOPANIB
6	03.0000.309.02	B.9.FM.	C 50	Leczenie chorych na raka piersi	TRASTUZUMAB S.C., LAPATYNIB, PERTUZUMAB, PALBOCYKLIB, RYBOCYKLIB, TRASTUZUMAB EMTAZYNA, ABEMACYKLIB, ALPELISYB, SACYTUZUMAB GOWITEKAN <sup>2</sup> , TALAZOPARYB, TUKATYNIB, PEMBROLIZUMAB, TRASTUZUMAB DERUKSTKAN, OLAPARYB
7	03.0000.310.02	B.10.	C 64	Leczenie pacjentów z rakiem nerki	PAZOPANIB, AKSYTYNIB, TEMSYROLIMUS, KABOZANTINIB, NIWOLUMAB, IPILIMUMAB, PEMBROLIZUMAB

8	03.0000.312.02	B.12.FM.	C82, C83, C85	<b>Leczenie chorych na chłoniaki B - komórkowe<sup>1</sup></b>	OBINUTUZUMAB, AKSYKABTAGEN CYLOLEUCELU, POLATUZUMAB WEDOTYNY, TISAGENLECLEUCEL, TAFASYTAMAB <sup>2</sup> , IBRUTYNYB, BREKSUKABTAGEN AUTOLEUCEL <sup>2</sup> , MOSUNETUZUMAB
9	03.0000.314.02	B.14.	C 92.1	<b>Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową<sup>1</sup></b>	NILOTYNYB, BOSUTYNYB, PONATYNYB, ASCIMINIB
10	03.0000.315.02	B.15	D 66, D 67	<b>Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B</b>	Koncentrat czynnika krzepnięcia VIII, Koncentrat czynnika krzepnięcia IX, EMICIZUMAB
11	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	<b>Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci</b>	IMMUNOGLOBULINY
12	03.0000.318.02	B.18.	E 22.8, E 30.9	<b>Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego</b>	TRIPTORELINA
13	03.0000.319.02	B.19.	E 23	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki</b>	SOMATOTROPINA
14	03.0000.320.02	B.20.	E 34.3	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1</b>	MEKASERMINA
15	03.0000.321.02	B.21.	E 72.1	<b>Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii</b>	BETAINA BEZWODNA
16	03.0000.322.02	B.22.	E 74.0	<b>Leczenie pacjentów z chorobą Pompego</b>	ALGLUKOZYDAZA ALFA, AWALGLUKOZYDAZA ALFA

17	03.0000.323.02	B.23.	E 75.2	<b>Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III</b>	IMIGLUCERAZA, ELIGLUSTAT, WELAGLUCERAZA ALFA
18	03.0000.324.02	B.24.	E 76.0	<b>Leczenie choroby Hurler</b>	LARONIDAZA
19	03.0000.325.02	B.25.	E 76.1	<b>Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)</b>	IDURSULFAZA
20	03.0000.327.02	B.27.	E 84	<b>Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą</b>	TOBRAMYCYNA, LEWOFLOKSACYNA
21	03.0000.328.02	B.28.	G 24.3, G 24.4, G 24.5, G 51.3, G 24.8	<b>Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy</b>	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
22	03.0000.329.02	B.29.	G 35	<b>Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane</b>	INTERFERON BETA, OCTAN GLATIRAMERU, FUMARAN DIMETYLU, PEGINTERFERON BETA-1A, TERYFLUNOMID, OFATUMUMAB, OZANIMOD, PONESIMODUM, SIPONIMOD, ALEMTUZUMAB, KLADRYBINA, FINGOLIMOD, NATALIZUMAB, OKRELIZUMAB
23	03.0000.330.02	B.30.	G 80	<b>Leczenie spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym</b>	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
24	03.0000.331.02	B.31.	I 27, I 27.0	<b>Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)</b>	ILOPROST, BOSENTAN, TREPROSTINIL, SILDENAFIL, EPOPROSTENOL, MACYTENTAN, RIOCYGUAT, SELEKSYPAG
25	03.0000.332.02	B.32	K 50	<b>Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna</b>	INFLIKSYMAB, ADALIMUMAB, USTEKINUMAB, WEDOLIZUMAB, UPADACYTYNIB
26	03.0000.333.02	B.33.	M 05, M 06, M 08	<b>Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów</b>	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, RYTUKSYMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, TOCILIZUMAB, TOFACYTYNIB, BARICYTYNIB, UPADACYTYNIB, ANAKINRA, FILGOTYNIB, SEKUKINUMAB

27	03.0000.335.02	B.35.	L 40.5, M 07.1, M 07.2, M 07.3	<b>Leczenie chorych z luszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)</b>	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB, TOFACYTYNIB, IKSEKIZUMAB, UPADACYTYNIB, RYZANKIZUMAB, GUSELKUMAB
28	03.0000.336.02	B.36.	M 45	<b>Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)</b>	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB, UPADACYTYNIB, IKSEKIZUMAB, TOFACYTYNIB
29	03.0000.337.02	B.37.	N 18	<b>Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek</b>	EPOETYNA ALFA, DARBEPOETYNA ALFA, ROKSADUSTAT
30	03.0000.338.02	B.38.	N 18	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN)</b>	SOMATOTROPINA
31	03.0000.339.02	B.39.	N 25.8	<b>Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami</b>	CYNAKALCET, PARYKALCYTOL
32	03.0000.340.02	B.40.	P 07.2, P 07.3, P 27.1, P07.0, P07.1, Q20-Q24, G12.0, G12.1, E84.0	<b>Profilaktyka zakażeń wirusem RS</b>	PALIWIZUMAB
33	03.0000.341.02	B.41.	Q 87.1	<b>Leczenie zespołu Prader - Willi</b>	SOMATOTROPINA
34	03.0000.342.02	B.42.	Q 96	<b>Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)</b>	SOMATOTROPINA
35	03.0000.344.02	B.44.	J 45, J 82	<b>Leczenie chorych z ciężką postacią astmy</b>	OMALIZUMAB, MEPOLIZUMAB, BENRALIZUMAB, DUPILUMAB, TEZEPELUMAB
36	03.0000.347.02	B.47.	L 40.0	<b>Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią luszczycy plackowatej</b>	USTEKINUMAB, ADALIMUMAB, ETANERCEPT, INFLIKSYMAB, IKSEKIZUMAB, SEKUKINUMAB, GUSELKUMAB, RYZANKIZUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, TYLDRAKIZUMAB, BIMEKIZUMAB

37	03.0000.350.02	B.50.	C 48, C 56, C 57	<b>Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej</b>	OLAPARYB, NIRAPARYB
38	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	<b>Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi</b>	CETUKSYMAB, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB
39	03.0000.354.02	B.54.	C 90.0	<b>Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytozowego<sup>1</sup></b>	POMALIDOMID, DARATUMUMAB, KARFILZOMIB, IKSAZOMIB, ELOTUZUMAB, IZATUKSYMAB
40	03.0000.355.02	B.55.	K 51	<b>Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)</b>	INFLIKSYMAB, WEDOLIZUMAB, TOFACYTYNIB, USTEKINUMAB, FILGOTYNIB, OZANIMOD, UPADACYTYNIB
41	03.0000.356.02	B.56.	C 61	<b>Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego</b>	ENZALUTAMID, DICHLOREK RADU RA-223, APALUTAMID, DAROLUTAMID, KABAZYTAKSEL, OLAPARYB
42	03.0000.357.02	B.57.	I 61, I 63, I 69, G35, G80, G82, G83, T90, T91	<b>Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A</b>	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
43	03.0000.358.02	B.58.	C 15, C 16	<b>Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka</b>	RAMUCIRUMABUM, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, IPILIMUMAB, TRIFLURYDYNA + TYPIRACYL
44	03.0000.359.02	B.59.	C 43	<b>Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych</b>	NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, WEMURAFENIB, KOBIMETYNIB, DABRAFENIB, TRAMETYNIB, BINIMETYNIB, ENKORAFENIB, IPILIMUMAB, NIWOLUMAB + RELATLIMAB
45	03.0000.361.02	B.61.	E72.0	<b>Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną</b>	CYSTEAMINA

46	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	<b>Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych</b>	IMMUNOGLOBULINY
47	03.0000.364.02	B.64.	R 62.9	<b>Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)</b>	SOMATOTROPINA
48	03.0000.365.02	B.65.	C 91.0	<b>Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną<sup>1</sup></b>	BLINATUMOMAB, PONATYNIB, INOTUZUMAB OZOGAMYCYNY, TISAGENLECLEUCEL
49	03.0000.366.02	B.66.	C 84	<b>Leczenie chorych na chłoniaki T – komórkowe <sup>1</sup></b>	BEKSAROTEN, BRENTUKSYMAB VEDOTIN, MOGAMULIZUMAB
50	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, G25.8, M 33.0, M 33.1, M 33.2	<b>Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych</b>	IMMUNOGLOBULINY
51	03.0000.370.02	B.70.	H35.3, H36.0	<b>Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki</b>	AFLIBERCEPT, RANIBIZUMAB, BROLUCIZUMAB, BEWACYZUMAB, DEKSAMETAZON, FARYCYMAB
52	03.0000.371.02	B.71.	B 18.2	<b>Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C</b>	LEDIPASWIR + SOFOSBUWIR, SOFOSBUWIR + WELPATASWIR, GLECAPREWIR + PIBRENTASWIR, SOFOSBUWIR + WELPATASWIR + WOKSYLEPREWIR
53	03.0000.373.02	B.73.	N 31	<b>Leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza</b>	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
54	03.0000.374.02	B.74.	I 27, I 27.0 i/lub I 26	<b>Leczenie przewlekłego zakrzepowatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)</b>	RIOCYGUAT



55	03.0000.375.02	B.75.	M 31.3, M 31.8	<b>Leczenie chorych na aktywną postać ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowe zapalenie naczyń (MPA)</b>	RYTUKSYMAB
56	03.0000.376.02	B.76.	E 70.2	<b>Leczenie tyrozydemii typu 1(HT-1)</b>	NITYZYNON
57	03.0000.377.02	B.77.	C 81	<b>Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina CD30<sup>+</sup></b>	BRENTUKSYMAB VEDOTIN, NIWOLUMAB
58	03.0000.379.02	B.79.	C 91.1	<b>Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową<sup>1</sup></b>	OBINUTUZUMAB, AKALABRUTYNIB, IBRUTYNIB, WENETOKLAKS, ZANUBRUTYNIB
59	03.0000.381.02	B.81	D 45, D 47.1	<b>Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)<sup>1</sup></b>	RUKSOLITYNIB, FEDRATYNIB
60	03.0000.382.02	B.82	M 46.8	<b>Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK</b>	CERTOLIZUMAB PEGOL, ETANERCEPT, IKSEKIZUMAB, SEKUKINUMAB, UPADACYTYNIB
61	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	<b>Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki</b>	PAKLITAKSEL Z ALBUMINĄ, OLAPARYB
62	03.0000.386.02	B.86	E 85, R 50.9, D 89.8, D 89.9	<b>Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi</b>	ANAKINRA
63	03.0000.387.02	B.87	J 84.1	<b>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc</b>	PIRFENIDON, NINTEDANIB
64	03.0000.388.02	B.88	C 44	<b>Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry</b>	WISMODEGIB, CEMIPILMAB

65	03.0000.389.02	B.89	Q 85.1	<b>Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyżściłkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)</b>	EWEROLIMUS
66	03.0000.390.02	B.90	G 20	<b>Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona</b>	LEWODOPA + KARBIDOPA, APOMORFINA, FOSLEWODOPA + FOSKARBIDOPA
67	03.0000.395.02	B.95	D 59.3	<b>Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)</b>	EKULIZUMAB, RAWULIZUMAB
68	03.0000.396.02	B.96	D 59.5	<b>Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)</b>	EKULIZUMAB, PEGCETAKOPLAN, RAWULIZUMAB
69	03.0000.397.02	B.97	D 69.3	<b>Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną</b>	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM, AWATROMBOPAG, RYTUKSYMAB
70	03.0000.398.02	B.98	D 69.3	<b>Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną</b>	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM, RYTUKSYMAB
71	03.0000.399.02	B.99	E 22.0	<b>Leczenie akromegalii</b>	PASYREOTYD, PEGWISOMANT
72	03.0000.401.02	B.101	E 78.0, I21, I22, I25	<b>Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi</b>	ALIROKUMAB, EWOŁOKUMAB, INKLISIRAN, LOMITAPID
73	03.0000.402.02	B.102.FM	G 12.0, G 12.1	<b>Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni</b>	NUSINERSEN, RYSDYPLAM, ONASEMNOGEN ABEPARWOWEK <sup>2</sup>
74	03.0000.404.02	B.104	E 75.2	<b>Leczenie choroby Fabry'ego</b>	AGALZYDAZA ALFA, AGALZYDAZA BETA, MIGALASTATUM

75	03.0000.405.02	B.105	H 20.0, H 30.0	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)	ADALIMUMAB, DEKSAMETAZON
76	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
77	03.0000.407.02	B.107	L 50.1	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną	OMALIZUMAB
78	03.0000.408.02	B.108.FM	C 73	Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy	WANDETANIB, SELPERKATYNIB <sup>2</sup>
79	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
80	03.0000.410.02	B.110	C47	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym	DINUTUKSYMAB BETA
81	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
82	03.0000.412.02	B.112	E84	Leczenie chorych na mukowiscydozę	IWAKAFTOR, IWAKAFTOR + LUMAKAFTOR, IWAKAFTOR + TEZAKAFTOR, IWAKAFTOR + TEZAKAFTOR + ELEKSAKAFOR
83	03.0000.413.02	B.113	N18	Leczenie pacjentów z chorobami nerek	KETOANALOGI AMINOKWASÓW
84	03.0000.414.02	B.114	C92.0	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową <sup>1</sup>	MIDOSTAURYNA, GEMTUZUMAB OZOGAMYCYNIN, GILTERYTYNIB, WENETOKLAKS, AZACYTYDYNA

85	03.0000.415.02	B.115	C96.2, C94.3, D47.9	<b>Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej<sup>1</sup></b>	MIDOSTAURYNA
86	03.0000.417.02	B.117	C44	<b>Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem</b>	AWELUMAB
87	03.0000.418.02	B.118	E24.0	<b>Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga</b>	PASYREOTYD
88	03.0000.419.02	B.119	C73	<b>Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy</b>	SORAFENIB, KABOZANTYNIB
89	03.0000.421.02	B.121.	G73.1	<b>Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona</b>	AMIFAMPRYDYNA
90	03.0000.422.02	B.122.	D84.1	<b>Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu</b>	LANADELUMAB
91	03.0000.423.02	B.123.	E83.0	<b>Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona</b>	TRIENTYNA
92	03.0000.424.02	B.124.	L20	<b>Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry</b>	DUPILUMAB, BARICYTYNIB, UPADACYTYNIB, ABROCYTYNIB, TRALOKINUMAB
93	03.0000.425.02	B.125.	C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9	<b>Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry</b>	CEMPIIMAB
94	03.0000.426.02	B.126.	Q61.2	<b>Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek</b>	TOLWAPTAN

95	03.0000.427.02	B.127.	D61	<b>Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną</b>	ELTROMBOPAG
96	03.0000.428.02	B.128.FM.	E80.2	<b>Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat</b>	GIWOSYRAN <sup>2</sup>
97	03.0000.429.02	B.129.FM.	E74.8	<b>Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1</b>	LUMAZYRAN <sup>2</sup>
98	03.0000.430.02	B.130.	G71.0	<b>Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny</b>	ATALUREN
99	03.0000.431.02	B.131.	D.47.7	<b>Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana</b>	SILTUKSYMAB
100	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	<b>Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych</b>	LETERMOWIR
101	03.0000.433.02	B.133.	G43	<b>Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą</b>	ERENUMAB, FREMANEZUMAB, TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
102	03.0000.434.02	B.134.	C18, C19, C20, C34, C50, C61, C64, C67, C79.5, C90.0	<b>Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu</b>	DENOSUMAB
103	03.0000.435.02	B.135.	D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, M34, J99.1	<b>Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc</b>	NINTEDANIB

104	03.0000.436.02	B.136.FM.	A15	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)	BEDAKILINA, PRETOMANID <sup>2</sup>
105	03.0000.437.02	B.137.FM.	N18	Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki	IMLIFIDAZA <sup>2</sup>
106	03.0000.438.02	B.138.FM.	G36.0	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	SATRALIZUMAB <sup>2</sup>
107	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
108	03.0000.440.02	B.140.	E72.2	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego	FENYLOMAŚLAN GLICEROLU
109	03.0000.441.02	B.141.FM.	C61, C65, C66, C67, C68	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym	AWELUMAB, NIWOLUMAB, ENFORTUMAB WEDOTYNY <sup>2</sup>
110	03.0000.442.02	B.142.	D46.1	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji	LUSPATERCEPT
111	03.0000.443.02	B.143.	E71.1	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową	KWAS KARGLUMINOWY
112	03.0000.444.02	B.144.	Zgodnie z kryteriami kwalifikacji określonymi w opisie programu lekowego	Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)	LAROTREKTYNIB, ENTREKTYNIB

113	03.0000.445.02	B.145.	E85.8	<b>Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)</b>	DARATUMUMAB
114	03.0000.446.02	B.146.	C88.0	<b>Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma</b>	ZANUBRUTYNIB
115	03.0000.447.02	B.147.	F33.1, F33.2	<b>Leczenie chorych na depresję lekooporną</b>	ESKETAMINA
116	03.0000.448.02	B.148.	C54	<b>Leczenie chorych na raka endometrium</b>	DOSTARLIMAB
117	03.0000.449.02	B.149.	T86.0	<b>Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi</b>	RUKSOLITYNIB
118	03.0000.450.02	B.150.	M32	<b>Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE)</b>	ANIFROLUMAB
119	03.0000.451.02	B.151.	E.83.3	<b>Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)</b>	BUROSUMAB
120	03.0000.452.02	B.152.FM.	K76.8	<b>Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)</b>	ODEWIKSYBAT <sup>2</sup>
121	03.0000.453.02	B.153.	G40	<b>Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego</b>	KANNABIDIOL

122	03.0000.454.02	B.154.FM.	G40.4	<b>Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastauta lub z zespołem Dravet</b>	KANNABIDIOL <sup>3</sup>
123	03.0000.455.02	B.155.	Q85.0	<b>Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)</b>	SELUMETYNIB
124	03.0000.456.02	B.156.	J32, J33	<b>Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa</b>	DUPILUMAB
125	03.0000.457.02	B.157.	G70.0	<b>Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastonii</b>	EFGARTIGIMOD ALFA, RYTUKSYMAB
126	03.0000.458.02	B.158.FM.	E75.2	<b>Leczenie chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B</b>	OLIPUDAZA ALFA <sup>2</sup>
127	03.0000.459.02	B.159.	C53	<b>Leczenie chorych na raka szyjki macicy</b>	PEMBROLIZUMAB
128	03.0000.460.02	B.160.	M80.0	<b>Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej</b>	ROMOSUZUMAB
129	03.0000.461.02	B.161.	L73.2	<b>Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)</b>	SEKUKINUMAB
130	03.0000.462.02	B.162.	E85, I42.1	<b>Leczenie pacjentów z kardiomiopatią</b>	MAWAKAMTEN, TAFAMIDIS



131	03.0000.463.02	B.163.FM.	C69, C69.3, C69.4	<b>Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka</b>	TEBENTAFUSP <sup>2</sup>
-----	----------------	-----------	-------------------	--	--------------------------

<sup>1</sup> – program lekowy, do którego ma zastosowanie przepis § 24 ust. 4 zarządzenia

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

<sup>3</sup> - technologia lekowa o wysokiej wartości klinicznej - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24a ustawy o refundacji

Załącznik Nr 7 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 2 sierpnia 2024 r.

## KARTA WŁĄCZENIA ŚWIADCZENIOBIORCY DO PROGRAMU LEKOWEGO

.....  
**Oznaczenie podmiotu\***

.....  
(nazwa programu lekowego)

### 1. Oświadczenie świadczeniodawcy

Oświadczam, że świadczeniobiorca .....  
(imię i nazwisko)

PESEL: I I I I I I I I I I I I I I

spełnia kryteria włączenia do ww. programu lekowego.

Leczenie świadczeniobiorcy w programie rozpoczęto/zostanie rozpoczęte od dnia .....

.....  
(nadruk lub pieczętka 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.

.....  
(miejsowość, data, podpis świadczeniobiorcy)

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

**W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:**

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

**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 łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS); 3) Leczenie chorych z aktywną postacią zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK); 4) Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK; 5) Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc; 6) Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym.
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) M 05 reumatoidalne zapalenie stawów (RZS); 2) M 06 seronegatywne reumatoidalne zapalenie stawów; 3) M 08 młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS); 4) M 45 zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa; 5) L 40.5 łuszczycyca 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 99.0 reumatoidalna choroba płuc; 12) J 99.1 zaburzenia układu oddechowego w innych układowych chorobach tkanki łącznej; 13) M 32 toczni rumieniowaty układowy.
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	jednostka koordynująca	Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher ul. Spartańska 1 02-637 Warszawa
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub dermatologii i wenerologii lub chorób płuc lub nefrologii
1.8	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 lub w oparciu o dokumenty, których wzór został określony w pkt 2 i 3.
1.9	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 z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych  
charakterystycznych dla ZZSK (ICD-10: M46.8)**

**Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie pacjentów z aktywną postacią  
spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD-10:  
M46.8)**

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

Imię i nazwisko	PESEL
-----------------	-------

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

**Dane do kwalifikacji:**

Wiek pacjenta: .....

Masa ciała (kg): .....

Zgoda na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z ChPL:.....

Postać choroby (Osiowa/Obwodowa): .....

Wskaźnik aktywności choroby (BASDAI+VAS/ASDAS+VAS): .....

<b>Kryteria kwalifikacji do leczenia</b>	TAK	NIE*
1. Pacjent spełnia wszystkie kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego		
2. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		
3. Brak przeciwwskazań do leczenia biologicznego zgodnie z ChPL i rekomendacjami		
4. Pacjent spełnia kryterium aktywności choroby zgodnie z kryteriami włączenia		
5. Pacjent spełnia kryterium nieskuteczności dotychczasowego leczenia zgodnie z opisem programu		

\* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania? .....

**Ważne!** W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

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

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

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

Uwagi:

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

Data: .....

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

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD-10: M46.8)**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek: upadacytynib

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

.....  
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w  
Chorobach Reumatycznych

**W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:**

- Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.
- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art.188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)



**2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD-10: M46.8)**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 upadacystynibem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data .....  
.....  
Podpis pacjenta

Data .....  
.....  
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

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

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorób ultrazadkich oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III;</li> <li>2) Leczenie choroby Hurler;</li> <li>3) Leczenie pacjentów z chorobą Pompego;</li> <li>4) Leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera);</li> <li>5) Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii;</li> <li>6) Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1);</li> <li>7) Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi;</li> <li>8) Leczenie choroby Fabry'ego;</li> <li>9) Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych;</li> <li>10) Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną;</li> <li>11) Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu;</li> <li>12) Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona;</li> <li>13) Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego;</li> <li>14) Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową;</li> <li>15) Leczenie chorych na hipofosfatamię sprzężoną z chromosomem X (XLH);</li> <li>16) Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B;</li> </ol>
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) E 74.0 – Choroba spichrzeniowa glikogenu, choroba Pompego;</li> <li>2) E 75 – Zaburzenia przemian sfingolipidów i inne zaburzenia spichrzenia lipidów;</li> <li>3) E 76.0 – Mukopolisacharydoza typu I, choroba Hurlera;</li> <li>4) E 76.1 – Mukopolisacharydoza typu II, zespół Huntera;</li> <li>5) E 72.1 – Zaburzenia przemian aminokwasów zawierających siarkę;</li> <li>6) E 75.2 – Inne sfingolipidozy, choroba Fabry'ego; ASMD</li> <li>7) E 70.2 – Zaburzenia przemian tyrozyny;</li> <li>8) E 85 – Amyloidoza, skrobiawica;</li> <li>9) R 50.9 – Gorączka, nie określona;</li> <li>10) D 89.8 – Inne określone zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych, niesklasyfikowane gdzie indziej;</li> <li>11) D 89.9 – Zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów, nie określone;</li> <li>12) E 71.1 – Inne zaburzenia przemian aminokwasów o rozgałęzionych łańcuchach;</li> <li>13) E 71.3 – Zaburzenia przemian kwasów tłuszczowych;</li> <li>14) E 72.3 – Zaburzenia przemian lizyny i hydroksylizyny;</li> <li>15) E 72.0 – Zaburzenia transportu aminokwasów;</li> <li>16) D 84.1 – Zaburzenia układu dopełniacza;</li> <li>17) G 73.1 - Zespół Eatona-Lamberta;</li> <li>18) E 72.2 – Zaburzenia przemian cyklu mocznikowego</li> <li>19) E 83.3 – Zaburzenia przemian fosforu</li> </ol>
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultrazadkich Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultrazadkich – 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	jednostka koordynująca	Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa
1.8	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.
1.9	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 PACJENTÓW Z CHOROBA 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 monitorowania programów lekowych)

#### 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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

## B. Dane auksologiczne pacjenta:

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

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

## C Wywiad:

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

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

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

\* <sup>1)</sup> ocena pewna, <sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

### Poród (T/N):

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

### Akcja porodowa (T/N):

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

**Inne dane z wywiadu:**

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
67. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_  
(proszę podać szczególnie dane dotyczące wad rozwojowych i innych chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D. Stan przedmiotowy:**

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

**E. Badania dodatkowe:**

72. Stężenie alfa-glukozydazy (klasyczna postać choroby/nieklasyczna postać choroby) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ ),
73. Data badania \_\_\_\_\_
74. ocena miana CRIM\* (klasyczna postać choroby) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ ),
75. Data badania \_\_\_\_\_

\* zgodnie z opisem programu – wynik nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz systemie monitorowania programów lekowych 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 wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

---

114. Imię \_\_\_\_\_

115. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**UWAGA! 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 ultrazadkich.**

# I B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA POMPEDO

## ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

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

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
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 lub awalglukozydazie 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. Informacja nt. zmiany enzymatycznej terapii zastępczej dokonanej w oparciu o kryteria programu lekowego wraz ze szczegółową informacją dot. zmiany oraz wyniki i daty innych badań i konsultacji

---

---

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

---

Data \_\_\_\_\_

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

---

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

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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 przelać drogą elektroniczną oraz tradycyjną do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

#### 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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

## B. Dane auksologiczne pacjenta:

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

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

## C Wywiad:

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

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

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

\*<sup>1)</sup> ocena pewna, \*<sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

### Poród (T/N):

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

### Akcja porodowa (T/N):

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



Inne dane z wywiadu:

65. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
66. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
67. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_  
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)  
\_\_\_\_\_
68. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D. Stan przedmiotowy:**

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

**E. Badania dodatkowe:**

71. Stężenie  $\beta$ -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 pieczętka zawierające  
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer  
prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

### UWAGA!

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

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

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

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

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
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 obowiązkowe (co 180 dni)*		

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

**(b) Wyniki innych badań i konsultacji:**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

35. RTG płuc \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37. Wyniki i daty innych badań i konsultacji \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

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

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

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.



### 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 monitorowania programów lekowych)

#### 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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## B. Dane auksologiczne pacjenta:

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

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

## C Wywiad:

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

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

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

\*<sup>1)</sup> ocena pewna, <sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

### Poród (T/N):

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

### Akcja porodowa (T/N):

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

Inne dane z wywiadu:

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

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

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

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

**D. Stan przedmiotowy:**

69. Data badania: \_\_\_\_\_

70. Ciśnienie tętnicze krwi: \_\_\_\_\_ mmHg

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

**E. Badania dodatkowe:**

72. Stężenie  $\alpha$ -L-iduronidazy \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ ),

73. Data badania \_\_\_\_\_

74. Ilość wydalanych mukopolisacharydów (glikozaminoglikanów) z moczem mg/g kreatyniny (zakres normy \_\_\_\_\_ ),  
\_\_\_\_\_

75. poziom przeciwciał przeciwko  $\alpha$ -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 pieczętka zawierające  
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,  
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

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

---

---

#### UWAGA!

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

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

#### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

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

1. Imię \_\_\_\_\_ 2. Nazwisko \_\_\_\_\_  
3. PESEL \_\_\_\_\_  
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_ 5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_  
6. Miejsce zamieszkania pacjenta \_\_\_\_\_  
7. Rozpoznanie \_\_\_\_\_  
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby \_\_\_\_\_  
9. Data rozpoznania choroby \_\_\_\_\_ 10. Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_  
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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



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

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

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

**Wyniki innych badań i konsultacji:**

**Stężenie witamin (co 12 mies.)**

35. D \_\_\_\_\_ 36. E \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

42. RTG kośćca/ RTG kręgosłupa (co 365 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
43. Wynik i data badania EMG, w kierunku występowania zespołu cieśni nadgarstka (co 365 dni, w uzasadnionych przypadkach) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
44. Wynik i data badania audiometrycznego (co 365 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
45. Wynik i data konsultacji okulistycznej, z oceną w lampie szczelinowej (co 365 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
46. Wynik i data konsultacji psychologicznej, z oceną ilorazu inteligencji (co 365 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
47. Konsultacja laryngologiczna (co 365 dni) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
48. Wyniki i daty innych badań i konsultacji \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

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

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

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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 monitorowania programów lekowych)*

**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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Dane auksologiczne pacjenta:**

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

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

**C Wywiad:**

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

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

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

\*<sup>1)</sup> ocena pewna, <sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

**Poród (T/N):**

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

**Akcja porodowa (T/N):**

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

**Inne dane z wywiadu:**

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

**Leczenie:**

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

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

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

**D. Stan przedmiotowy:**

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

**E. Badania dodatkowe:**

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

**F. Wynik badania genetycznego<sup>1</sup>:**

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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> *Badanie nie jest ujęte w opisie programu (badanie nie jest obligatoryjne)*

86. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**USG jamy brzusznej, ze szczególnym uwzględnieniem śledziony i wątroby**

87. Data badania \_\_\_\_\_  
88. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RTG klatki piersiowej**

89. Data badania \_\_\_\_\_  
90. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**H. Inne badania dodatkowe**

**EMG (ukierunkowany przede wszystkim na występowanie zespołu cieśni nadgarstka)**

91. Data badania \_\_\_\_\_  
92. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



### Audiogram

93. Data badania \_\_\_\_\_

94. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Badanie spirometryczne

95. Data badania \_\_\_\_\_

96. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Wynik testu 3/6 min. marszu

97. Data badania \_\_\_\_\_

98. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

99. morfologia krwi, z rozmazem data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

100. układ krzepnięcia data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

101. proteinogram data badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

---

próby wątrobowe:

102. AspAT

data badania \_\_\_\_\_

103. ALAT

data badania \_\_\_\_\_

104. CK

data badania \_\_\_\_\_

105. stężenie bilirubiny całkowitej

data badania \_\_\_\_\_

106. stężenie cholesterolu całkowitego

data badania \_\_\_\_\_

stężenie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach:

107. vit. D

data badania \_\_\_\_\_

108. vit. K

data badania \_\_\_\_\_

---

---

109. EEG

data badania \_\_\_\_\_

---

---

---

110. Echokardiografia

data badania \_\_\_\_\_

---

---

---

111. Gazometria

data badania \_\_\_\_\_

---

---

---

112. Test SF36

data badania \_\_\_\_\_

---

---

---

## **I. Inne badania i konsultacje**

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

---

---

---

---

114. Konsultacja psychologiczna, z oceną ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

---

---

115. Konsultacja okulistyczna, (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

---

---

116. Badanie narządu ruchu i funkcji motorycznych (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

---

---

117. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

---

---

---

---

118. Imię \_\_\_\_\_ 119. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### UWAGA!

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

## IV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE MUKOPOLISACHARYDOZY TYPU II

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

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

1. Imię \_\_\_\_\_ 2. Nazwisko \_\_\_\_\_

3. PESEL \_\_\_\_\_

4. Data urodzenia \_\_\_\_\_

6. Nr historii choroby \_\_\_\_\_

Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

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

#### IV C. Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie Leczenie Mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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 monitorowania programów lekowych)*

**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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

## B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl \*) \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl \*) \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
40. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_ 41. centyl \*) \_\_\_\_\_ 42. Data pomiaru \_\_\_\_\_

\*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do aktualnych siatek centylowych, obecnie wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

## C Wywiad:

43. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 44. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 45. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
46. Który poród \_\_\_\_\_ 47. Która ciąża \_\_\_\_\_ 48. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_<sup>1), 2) \*)</sup>  
49. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*<sup>1)</sup> ocena pewna, \*<sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

### Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 51. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_

### Akcja porodowa (T/N):

52. Ocena wg skali Apgar: w 1 min \_\_\_\_\_ w 5 min \_\_\_\_\_  
53. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Inne dane z wywiadu:

54. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Czy było podwichnięcie soczewki (Tak/Nie): \_\_\_\_\_

Czy pacjent miał wykonaną lensektomię jeżeli tak to kiedy: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

55. Czy pacjent był leczony betainą (Tak/Nie) — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

57. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### D. Stan przedmiotowy:

58. Data badania: \_\_\_\_\_

59. Ciśnienie tętnicze krwi: \_\_\_\_\_ mmHg

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

#### E. Badania dodatkowe:

61. Poziom homocysteiny całkowitej we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

62. Poziom metioniny we krwi (aminoacydogram — opis) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

##### Morfologia krwi:

63. Hematokryt \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

64. Hemoglobina \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

65. Liczba erytrocytów \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

66. Liczba leukocytów \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

67. Rozmaz (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

68. Liczba płytek krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

69. Stężenie witaminy B12 we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

70. Stężenie kwasu foliowego we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

71. Profil kwasów organicznych moczu (metodą GC/MS) z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

72. Profil acylokarnityn (stężenie C3-karnityny w suchej kropli krwi — metodą MS/MS) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

\_\_\_\_\_

73. Stężenie vit. 25 OH D<sub>3</sub> \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

74. Stężenie Ca całkowite we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

75. Stężenie fosforanów we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

76. Stężenie fosfatazy alkalicznej we krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_ Data badania \_\_\_\_\_)

##### Test obciążenia witaminą B6 24 godziny po podaniu:

100 mg witaminy B6	77. Homocysteina we krwi _____	78. Metionina (osocze/surowica) _____
200 mg witaminy B6	79. Homocysteina we krwi _____	80. Metionina (osocze/surowica) _____
500 mg witaminy B6 (300 mg	81. Homocysteina we krwi _____	82. Metionina (osocze/surowica) _____

u dzieci <3 roku życia)

Uwaga! W celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych wskazane jest wykonanie powyższych badań w jednym czasie (ta sama data pobrania).

#### **F. Badania enzymatyczne i komplementarności (w uzasadnionych przypadkach)**

83. Data badania \_\_\_\_\_ 84. Numer badania podany przez pracownię \_\_\_\_\_

85. Metoda badania \_\_\_\_\_

86. Wynik badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

87. Pracownia wykonująca badanie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **G. Wynik badania genetycznego (w uzasadnionych przypadkach)**

88. Data badania \_\_\_\_\_ 89. Numer badania podany przez pracownię \_\_\_\_\_

90. Metoda badania \_\_\_\_\_

91. Wynik badania \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

92. Pracownia wykonująca badanie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **H. Badania obrazowe:**

MRI ośrodkowego układu nerwowego

93. Data badania \_\_\_\_\_

94. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Badanie densytometryczne 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 pieczętka zawierające  
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,  
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

---

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

---

**V B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU  
„LECZENIE CIĘŻKICH, WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII”**

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH**

**Karta obserwacji**

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

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

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
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 <sub>3</sub>			
35. Stężenie Ca całkow. we krwi			
36. Stężenie fosforanów we krwi			
37. Stężenie fosfatazy alkalicznej we krwi			

Uwaga!

W celu uniknięcia wątpliwości interpretacyjnych wskazane jest wykonanie badań w tym samym czasie (ta sama data pobrania).

(b) Wyniki innych badań i konsultacji:

38. Wynik i data konsultacji neurologicznej

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

39. Wynik i data konsultacji psychologicznej, z oceną ilorazu inteligencji \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

40. Wynik i data badania densytometrycznego kośćca (dotyczy pacjentów > 5 roku życia) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

41. Wynik i data konsultacji dietetycznej. \_\_\_\_\_  
Dieta z ograniczeniem białka (Tak/Nie) \_\_\_\_\_ Dobowe spożycie białka \_\_\_\_\_ g / kg m.c. / d  
Opis konsultacji: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

42. Wyniki i daty innych badań i konsultacji \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## V C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE „LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII”

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/Zostałam\(em\) poinformowana\(y\) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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 monitorowania programów lekowych)

#### 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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Dane auksologiczne pacjenta:**

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl \*) \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
 37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl \*) \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
 40. Powierzchnia ciała (m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_

\*) 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. \_\_\_\_ <sup>1), 2)</sup> \*)  
 48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ gdy N proszę wypełnić następujący punkt  
 49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_

---



---



---

\* <sup>1)</sup> ocena pewna, <sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

**Poród (T/N):**

50. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 51. Poślądkowy \_\_\_\_\_ 52. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 53. Inne \_\_\_\_\_

**Akcja porodowa (T/N):**

54. Samoistna \_\_\_\_\_ 55. Wspomagana \_\_\_\_\_ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)  
 56. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 57. Niedotlenienie i resuscytacja  
 58. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_  
 59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---

**Inne dane z wywiadu:**

60. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

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

---

---

---

62. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_

(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

---

---

---

63. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_

---

---

**D. Stan przedmiotowy:**

64. Data badania: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

---

---

## E. Badania:

66. Oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyoacetonu: zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

67. Data badania \_\_\_\_\_

68. Oznaczenie bursztynyoacetonu 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 \_\_\_\_\_ 117. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**UWAGA!**

1. Wniosek bez uzupełnienia danych dot. niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

## VI B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1)

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

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

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
6. Miejsce zamieszkania pacjenta \_\_\_\_\_
7. Rozpoznanie \_\_\_\_\_
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby \_\_\_\_\_
9. Data rozpoznania choroby \_\_\_\_\_
10. Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie przedmiotowym pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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



- a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w trakcie monitorowania terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy.
- b) U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozydemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc.

miesiące obserwacji	1 m-c	2	3	4	5	6
23. oznaczenie bursztynioloacetonu w suchej kropki krwi metodą tandemowej spektrometrii mas						
24. oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny						
25. oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu – tyrozyna						
26. morfologia krwi, z płytkami krwi						
27. ALAT						
28. AspAT						
29. bilirubina całkowita i frakcje						
30. fosfataza alkaliczna						
31. GGTP						
32. INR						
33. czas protrombinowy						
34. APPT						
35. białko całkowite, albuminy we krwi						
36. wapń, fosfor we krwi						
37. wapń, fosfor w moczu						
38. mocznik we krwi						
39. kreatynina we krwi						
40. kwas moczowy we krwi						
41. kwas moczowy w moczu						
42. kreatynina w moczu						

43. USG jamy brzusznej z oceną wątroby (data konsultacji, szczegółowy opis)

---



---

44. badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej (data konsultacji, szczegółowy opis)

---



---

45. konsultacja dietetyczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

---



---

46. Wyniki i daty innych badań i konsultacji \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej.

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

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

## VI C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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 monitorowania programów lekowych)

#### 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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl \*) \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl \*) \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_

\*) Dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej – dotyczy osób <18 roku życia

## C. Wywiad:

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

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

PROSZĘ ODPOWIEDZIEĆ NA PONIŻSZE PYTANIA DOTYCZĄCE DOTYCHCZASOWEGO PRZEBIEGU CHOROBY  
zakreślając właściwą odpowiedź lub opisowo:

41. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby ( wiek w miesiącach lub latach ) i jaki miały charakter ?  
Kiedy i jaki wrodzony zespół autozapalny rozpoznano u pacjenta?  
\_\_\_\_\_
42. Czy objawy występują stale? TAK / NIE \_\_\_\_\_
43. Czy objawy mają charakter nawrotowy TAK / NIE \_\_\_\_\_
44. Jeśli TAK w pkt 43., to jak często występują nawroty od \_\_\_\_ do \_\_\_\_\_, średnio co \_\_\_\_\_ tygodni
45. Jeśli tak w pkt 43., to czy objawy nawracają z regularnością do 2 tygodni? TAK / NIE \_\_\_\_\_
46. Jak długo trwają nawroty objawów: od \_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ dni, średnio \_\_\_\_\_ dni
47. Czy w czasie epizodów obserwuje się gorączkę powyżej 38,5 stopni? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
48. Czy w czasie epizodów obserwuje się zapalenia stawów? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE  
Jeśli tak, to jakich \_\_\_\_\_
49. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle mięśni NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE  
Jeśli tak, to jakich \_\_\_\_\_
50. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle głowy? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE  
Jeśli tak, to jakich \_\_\_\_\_
51. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle stawów? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE  
Jeśli tak, to jakich \_\_\_\_\_
52. Czy w czasie epizodów obserwuje się objawy oponowe? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
53. Czy w czasie epizodów obserwuje się obrzęki wokół oczu? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
54. Czy w czasie epizodów obserwuje się zapalenie błony naczyniowej oczu ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
55. Czy w czasie epizodów obserwuje się zmiany na śluzówkach jamy ustnej ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE  
Jeśli tak, to jakie \_\_\_\_\_
56. Czy w czasie epizodów obserwuje się zmiany na migdałkach podniebiennych ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.  
Jeśli tak, to jakie \_\_\_\_\_
57. Czy w czasie epizodów obserwuje się powiększenie węzłów chłonnych ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.  
Jeśli tak, to jakich \_\_\_\_\_

58. Czy w czasie epizodów obserwuje się kaszel i/lub bóle w klatce piersiowej i/lub wysięki w opłucnej ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

59. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle brzucha ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

60. Czy w czasie epizodów obserwuje się biegunki? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

61. Czy w czasie epizodów obserwuje się krew w stolcu ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

62. Czy w czasie epizodów obserwuje się zmiany skórne ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

63. Czy u pacjenta stwierdzono niedosłuch ? TAK / NIE / NIE WYKONYWANO BADANIA SŁUCHU

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

64. Czy u pacjenta stwierdza się upośledzenie rozwoju psychoruchowego TAK / NIE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

65. Czy u pacjenta stwierdza się inne objawy/ dolegliwości pomiędzy nawrotami choroby ? TAK / NIE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

66. Czy rozpoznano u pacjenta nadciśnienie tętnicze TAK / NIE

Jeśli tak, to kiedy, o jakim podłożu i jak leczone \_\_\_\_\_

67. Czy rozpoznano u pacjenta niewydolność nerek i/lub białkomocz i /lub krwinkomocz TAK / NIE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

68. Czy pacjent był/jest leczony anakinrą TAK / NIE

Jeśli tak, to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo \_\_\_\_\_

69. Czy pacjent był/jest leczony innymi lekami TAK/NIE

Jeśli tak, to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo \_\_\_\_\_

70. Inne choroby przewlekłe TAK/ NIE

Jeśli tak, to opisz \_\_\_\_\_

(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D. Stan przedmiotowy:**

71. Data badania: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**E. Badania:**

73. Data badania \_\_\_\_\_

74. Morfologia krwi z rozmazem \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

75. Data badania \_\_\_\_\_

76. ALAT \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

77. Data badania \_\_\_\_\_

78. AspAT \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

79. Data badania \_\_\_\_\_

80. GGTP \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

81. Data badania \_\_\_\_\_

82. Ob. \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

83. Data badania \_\_\_\_\_

84. CRP \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

85. Data badania \_\_\_\_\_

86. SAA \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

87. Data badania \_\_\_\_\_

88. Prokalcytonina \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
89. Data badania \_\_\_\_\_
90. Ferrytyna \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
91. Data badania \_\_\_\_\_
92. Czas protrombinowy \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
93. Data badania \_\_\_\_\_
94. APPT \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
95. Data badania \_\_\_\_\_
96. D-dimery \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
97. Data badania \_\_\_\_\_
98. Fibrynogen \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
99. Data badania \_\_\_\_\_
100. Mocznik, kreatynina we krwi \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
101. Data badania \_\_\_\_\_
102. Klirens kreatyniny \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
103. Data badania \_\_\_\_\_
104. Ciśnienie tętnicze skurczowe/rozkurczowe \_\_\_\_\_ zakres normy \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



105. Data badania \_\_\_\_\_

106. Albuminy i proteinogram

zakres normy \_\_\_\_\_

107. Data badania \_\_\_\_\_

108. Badanie serologiczne HBV i HCV

zakres normy \_\_\_\_\_

## F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej z oceną wątroby

109. Data badania \_\_\_\_\_

110. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Badanie RTG klatki piersiowej

111. Data badania \_\_\_\_\_

112. Opis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## G. Inne badania i konsultacje ( w zależności od wskazań klinicznych)

113. Konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu (data konsultacji, szczegółowy opis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

114. Konsultacja neurologiczna z/bez badaniem obrazowym OUN (data konsultacji, szczegółowy opis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

115. Konsultacja okulistyczna z badaniem odcinka przedniego i dna oka (data konsultacji, szczegółowy opis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

116. Konsultacja kardiologiczna z badaniem ECHO serca (data konsultacji, szczegółowy opis)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

117. Konsultacja stomatologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

---

---

118. Badania genetyczne w kierunku zespołów autozapalnych (data, szczegółowy opis)

---

---

119. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

---

120. Imię \_\_\_\_\_ 121. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

---

---

#### UWAGA!

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 ultrazadkowych z dopiskiem „Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych”.**

**VII B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIA WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH  
ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY D/S CHOROÓB ULTRARZADKICH**

**SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO**

*(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)*

1. Imię \_\_\_\_\_ 2. Nazwisko \_\_\_\_\_  
3. PESEL \_\_\_\_\_  
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_ 5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_  
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 pieczęć zawierające  
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## VII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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\*) oraz zobowiązuję się do przyjmowania (podawania\*) 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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 monitorowania programów lekowych )

#### 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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl \*) \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl \*) \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
40. Wskaźnik masy ciała (BMI) \_\_\_\_\_

\*) Określane dla pacjentów do 18. r.ż, dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

## C. Wywiad:

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

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

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 43. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 44. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
45. Który poród \_\_\_\_\_ 46. Która ciąża \_\_\_\_\_ 47. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_<sup>1), 2) \*</sup>  
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) \_\_\_\_\_ gdy N proszę wypełnić następujący punkt  
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_

\*<sup>1)</sup> ocena pewna, <sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

### Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 51. Poślądkowy \_\_\_\_\_ 52. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 53. Inne \_\_\_\_\_

### Akcja porodowa (T/N):

54. Samoistna \_\_\_\_\_ 55. Wspomagana \_\_\_\_\_ (jeśli T – zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)  
56. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 57. Niedotlenienie i resuscytacja  
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_  
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_

### Inne dane z wywiadu – w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego

(w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angikeratomy)

60. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby – opis. \_\_\_\_\_

61. Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza

---

---

62. Postać choroby Fabry`ego\*: klasyczna / nieklasyczna  
\* niepotrzebne skreślić

63. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce, przez kogo, czy obecnie jest w trakcie terapii, jeżeli tak – jaką substancją czynną) \_\_\_\_\_

---

---

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

---

---

65. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_

---

---

#### D. Stan przedmiotowy:

66. Data badania: \_\_\_\_\_

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

---

---

---

#### E. Badania:

68. Wynik badania genetycznego (w przypadku kwalifikacji do leczenia migalastatem – obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego) \_\_\_\_\_

69. Data badania \_\_\_\_\_

70. Oznaczenie poziomu globotriaosylofingozyny (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  $GFR \geq 30$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_ 113. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

---

---

**UWAGA!**

1. Wniosek bez uzupełnienia danych dot. niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

## VIII B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHOROBY FABRY`EGO

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

*(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić np. pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)*

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
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 pieczętka zawierające  
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data \_\_\_\_\_

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

## VIII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/).

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

\* niepotrzebne skreślić

**IX A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH**

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH**

**WNIOSEK**

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

**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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl \*) \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl \*) \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
40. Wskaźnik masy ciała (BMI) \_\_\_\_\_

\*) Określane dla pacjentów do 18. r.ż, dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

## C. Wywiad:

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

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

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 43. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 44. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
45. Który poród \_\_\_\_\_ 46. Która ciąża \_\_\_\_\_ 47. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_<sup>1), 2)</sup> \*)  
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) \_\_\_\_\_ gdy N proszę wypełnić następny punkt  
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*<sup>1)</sup> ocena pewna, <sup>2)</sup> ocena niepewna (zakreśl odpowiednie)

### Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 51. Poślądkowy \_\_\_\_\_ 52. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 53. Inne \_\_\_\_\_

### Akcja porodowa (T/N):

54. Samoistna \_\_\_\_\_ 55. Wspomagana \_\_\_\_\_ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)  
56. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 57. Niedotlenienie i resuscytacja  
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_  
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_ 75. Nazwisko \_\_\_\_\_  
*nadruk lub pieczętka zawierające* *nadruk lub pieczętka zawierające*  
*imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,* *imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*  
*numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

**UWAGA!**

1. Wniosek bez uzupełnienia danych dot. niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

## IX B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH

### ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

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

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr historii choroby \_\_\_\_\_  
Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
6. Miejsce zamieszkania pacjenta \_\_\_\_\_
7. Rozpoznanie \_\_\_\_\_
8. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby \_\_\_\_\_
9. Data rozpoznania choroby/wiek pacjenta \_\_\_\_\_
10. Data rozpoczęcia leczenia \_\_\_\_\_
11. Przebieg leczenia (dawka, tolerancja leku) — opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Wynik badania podmiotowego i przedmiotowego w czasie 6 mies. obserwacji (proszę szczegółowo opisać różnice w stanie pacjenta w okresie 6 mies. obserwacji) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- a) Badania dodatkowe wykonane u pacjentów w trakcie monitorowania terapii należy przeprowadzać co 6 miesięcy.

Badanie	Wynik	Norma
22. stężenie karnityny wolnej		
23. stężenie karnityny całkowitej		
24. stężenie acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas	wynik badania należy dołączyć do karty	—

25. Wyniki i daty innych badań i konsultacji

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

## IX C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBAH METABOLICZNYCH

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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 przesać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych )

#### 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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_ Nr karty lub historii choroby pacjenta \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

## B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 35. centyl <sup>1)</sup> \_\_\_\_\_ 36. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
37. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_ 38. centyl <sup>1)</sup> \_\_\_\_\_ 39. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
40. Powierzchnia ciała (m<sup>2</sup>) \_\_\_\_\_

\*) 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. \_\_\_\_<sup>1), 2)</sup> \*)  
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

### Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 51. Pośladkowy \_\_\_\_\_ 52. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 53. Inne \_\_\_\_\_

### Akcja porodowa (T/N):

54. Samoistna \_\_\_\_\_ 55. Wspomagana \_\_\_\_\_ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)  
56. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 57. Niedotlenienie i resuscytacja \_\_\_\_\_  
58. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_ 10 min \_\_\_\_\_  
59. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Inne dane z wywiadu:

60. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące postępu choroby — opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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

63. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D. Stan przedmiotowy:**

64. Data badania: \_\_\_\_\_

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

**E. Badania dodatkowe:**

66. Stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),  
67. Data badania \_\_\_\_\_

**F. Badania obrazowe:**

USG jamy brzusznej

68. Data badania \_\_\_\_\_  
69. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**G. Inne badania dodatkowe**

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

70. morfologia krwi pełna \_\_\_\_\_ data badania \_\_\_\_\_

---

71. stężenie kreatyniny w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

---

72. stężenie kreatyniny w porannej porcji moczu data badania \_\_\_\_\_

---

73. stężenie glukozy w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

---

74. stężenie sodu w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

---

75. stężenie potasu w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

---

76. stężenie chloru w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

---

77. stężenie wapnia w surowicy krwi na czczo data badania \_\_\_\_\_

---

78. stężenie wapnia w porannej porcji moczu data badania \_\_\_\_\_

---

79. stężenie magnezu w 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 żyłnej 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 \_\_\_\_\_ 99. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

---

---

### UWAGA!

1. Wniosek bez oceny 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 przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych)

1. Imię \_\_\_\_\_
2. Nazwisko \_\_\_\_\_
3. PESEL \_\_\_\_\_
4. Data urodzenia \_\_\_\_\_
5. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_  
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 żyłnej	
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 pieczęć zawierające  
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,  
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

Data

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

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

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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 pieczętka zawierające  
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,  
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*

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

**B. Dane pacjenta:**

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_  
35. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_

**C. Wywiad:**

36. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta – proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania lub podejrzenia występowania choroby w rodzinie pacjenta)

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

**Inne dane z wywiadu:**

Rozpoznanie – dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE): TYP I / TYP II\*

\*proszę zaznaczyć

37. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące przebiegu choroby, w tym udokumentowanie występowania ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego — w poprzedzających 6 miesiącach opis. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38. Czy pacjent był leczony w ramach profilaktyki długoterminowej lekami poza wskazaniami rejestracyjnymi (leki prozakrzepowe, androgeny) (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

39. Czy pacjent był leczony z powodu napadów (Tak/Nie — jeżeli tak, to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) – konieczne podanie szczegółowych informacji dotyczących użycia leków ratunkowych z okresu poprzedzających 6 miesięcy

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



40. Czy pacjent był leczony w ramach profilaktyki krótkoterminowej (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

42. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### D. Stan przedmiotowy:

43. Data badania: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### E. Badania dodatkowe:

45. Stężenie inhibitora C1 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 C4 C4 dopełniacza \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

50. Data badania 1) \_\_\_\_\_

Data badania 2). \_\_\_\_\_

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

51. Stężenie składowej C1q dopełniacza (jeśli dotyczy\*\*) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

52. Data badania 1) \_\_\_\_\_

Data badania 2). \_\_\_\_\_

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

\*\*badanie wymagane w przypadku ujemnego wywiadu rodzinnego; dotyczy pacjentów, u których pierwszy napad nastąpił

powyżej 40. roku życia.

53. Morfologia krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

54. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

55. Badanie ogólne moczu \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

56. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

57. Czas koalinowo-kefalinowy (APTT) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

58. Data badania \_\_\_\_\_

59. Oznaczenie INR \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

60. Data badania \_\_\_\_\_

61. AspAT \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

62. Data badania \_\_\_\_\_

63. AIAT \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

64. Data badania \_\_\_\_\_

65. Bilirubina całkowita \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

66. Data badania \_\_\_\_\_

67. Próba ciążyowa u kobiet w wieku rozrodczym – dodatnia TAK  NIE.

68. Data badania \_\_\_\_\_

69. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

70. Imię \_\_\_\_\_

71. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## XI B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE 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 przysyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych - w systemie należy uzupełnić wszystkie dane pacjenta wymagane, zgodnie z opisem programu lekowego)*

1. PESEL \_\_\_\_\_ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

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.

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

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

Data

\_\_\_\_\_  
*nadruk lub pieczętka 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**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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, należy uzupełnić dane w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych)

#### 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/ w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

## B. Dane pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_

35. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_

## C. Wywiad:

### Pacjent\*:

a) z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata

b) z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata

\*proszę zaznaczyć

36. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące przebiegu choroby, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37. Inne choroby przewlekłe (T/N) w tym obecność nowotworów: \_\_\_\_\_  
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38. Jeśli Tak – proszę podać czym był / jest leczony i z jakim efektem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## D. Stan przedmiotowy:

39. Data badania: \_\_\_\_\_

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

## E. Badania dodatkowe:

**Zgodnie z opisem programu lekowego B.121 w przypadku pacjentów z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby) o zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu**

41. Oznaczenie przeciwciał anty VGCC\* \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

42. Data badania: \_\_\_\_\_

\*lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości

43. badania elektrofizjologiczne (próba męczyliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); \_\_\_\_\_

44. Data badania: \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

45. Morfologia krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

46. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

47. AlAT \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

48. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

49. AspAT) \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

50. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

51. stężenie kreatyniny \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

52. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

53. Ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) \_\_\_\_\_

54. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

55. USG lub TK jamy brzusznej

\_\_\_\_\_

56. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

57. EKG

\_\_\_\_\_

58. Data badania \_\_\_\_\_

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

59. Konsultacja ginekologiczna u kobiet (data konsultacji/opis)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

60. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

---

---

---

---

61. Imię \_\_\_\_\_

62. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## XII B. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE AMIFAMPRYDYNA PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

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

## ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHOROÓB ULTRARZADKICH

### WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, należy uzupełnić dane w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych)

#### 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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

## B. Dane pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_  
35. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_

## C. Wywiad:

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 odchyień 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 \_\_\_\_\_

58. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### XIII B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE WSPOMAGAJĄCE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO

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

1. PESEL \_\_\_\_\_
2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_
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.

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

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

Data

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

### **XIII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE ZABURZEŃ CYKLU MOCZNIKOWEGO**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

**XIV A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ**

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH**

**WNIOSEK**

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, należy uzupełnić dane w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych)*

**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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Dane pacjenta:**

34. Wysokość ciała (cm) \_\_\_\_\_

35. Masa ciała (kg) \_\_\_\_\_

BMI \_\_\_\_\_

Ciśnienie tętnicze krwi \_\_\_\_\_

**C. Wywiad:**

36. Szczegółowy wywiad (dotyczy przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii, informacji w zakresie leczenia pacjenta kwasem kargluminowym obecnie oraz w przeszłości) oraz opis badania przedmiotowego: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D. Stan przedmiotowy:**

37. Data badania: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E. Badania dodatkowe:**

39. Stężenie amoniaku w osoczu \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

40. Data badania: \_\_\_\_\_

41. Ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów; \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

42. Data badania: \_\_\_\_\_

Ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów:	Wynik (w osoczu/w surowicy)	Norma
glutamina		
izoleucyna		
leucyna		
walina		
glicyna		
metionina		
treonina		

43. Morfologia krwi z rozmazem \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

44. Data badania \_\_\_\_\_



45. Gazometria krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

46. Data badania \_\_\_\_\_

47. Profil kwasów organicznych w moczu metodą GC/MS \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

48. Data badania \_\_\_\_\_

49. Profil acylokarnityn w suchej kropli krwi \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

50. Data badania \_\_\_\_\_

51. ALAT \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

52. Data badania \_\_\_\_\_

53. AspAT \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

54. Data badania \_\_\_\_\_

55. Stężenie bilirubiny całkowitej i związanej \_\_\_\_\_ (zakres normy \_\_\_\_\_),

56. Data badania \_\_\_\_\_

57. EKG \_\_\_\_\_

58. Data badania \_\_\_\_\_

Opis

---

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

60. Konsultacja dietetyka (data konsultacji/opis)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

61. Konsultacja neurologiczna (data konsultacji/opis)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

62. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

---

---

63. Imię \_\_\_\_\_

64. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

---

---

## XIV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ

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

1. PESEL \_\_\_\_\_ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

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

4. Szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii) oraz opis badania przedmiotowego \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Masa ciała	
Wysokość	
BMI	

5. Stężenie amoniaku w osoczu: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów w osoczu/surowicy: \_\_\_\_\_

Ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów:	Wynik (w osoczu/w surowicy)	Norma
glutamina		
izoleucyna		
leucyna		
walina		
glicyna		
metionina		
treonina		

7. Gazometria krwi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Morfologia krwi z rozmazem: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ALAT: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. AspAT: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Stężenie bilirubiny całkowitej i związanej: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. EKG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. EEG, MRI OUN (w uzasadnionych przypadkach): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Konsultacja psychologa (w zależności od potrzeb, ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/intelektualnym): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Konsultacja neurologiczna: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16. Konsultacja dietetyka: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

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

Data

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

#### **XIV C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

# XV A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH)

## ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

### WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, w przypadku udostępnienia elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych należy uzupełnić dane w systemie)

#### 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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

## B. Wywiad:

34. Szczegółowy wywiad (dotyczy przebiegu klinicznego choroby) oraz opis badania przedmiotowego: \_\_\_\_\_

35. Dotychczasowy przebieg leczenia (należy podać czy pacjent był wcześniej leczony burosumabem, jeżeli tak to od kiedy i z jakim skutkiem): \_\_\_\_\_

## C. Badanie genetyczne:

36. Data badania: \_\_\_\_\_

37. Rozpoznanie hipofosfatemii sprzężonej z chromosomem X (XLH) potwierdzone obecnością mutacji w genie PHEX u chorego lub bezpośrednio spokrewnionego członka rodziny, z którym związane jest dziedziczenie sprzężone z chromosomem X \_\_\_\_\_

## D. Badania dodatkowe:

38. Data badania: \_\_\_\_\_

Oznaczenie stężenia	Wynik (w osoczu/w surowicy)	Norma
fosforanów w surowicy		
fosforanów w surowicy		
wapnia w surowicy		
wapnia w moczu		
kreatyniny w surowicy		
kreatyniny w moczu		
fosfatazy alkalicznej w surowicy		
parathormonu w surowicy		
wartość wskaźnika Ca/kreatynina		
wartość wskaźnika TmP/GFR		
<b>Badanie RTG kośćca (data badania, wynik)</b>		
<b>Badanie USG nerek (data badania, wynik)</b>		
<b>Ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS</b>		

39. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

---

---

Potwierdzam, że pacjent spełnia wszystkie kryteria określone programem lekowym:

40. Imię \_\_\_\_\_ 41. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

---

---



## XV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH)

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

1. PESEL \_\_\_\_\_ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

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

6. Badania wykonane zgodnie z harmonogramem wskazanym w opisie programu lekowego:

Oznaczenie stężenia	Wynik (w osoczu/w surowicy)	Norma
fosforanów w surowicy		
fosforanów w surowicy		
wapnia w surowicy		
wapnia w moczu		
kreatyniny w surowicy		
kreatyniny w moczu		
fosfatazy alkalicznej w surowicy		
parathormonu w surowicy		
wartość wskaźnika Ca/kreatynina		
wartość wskaźnika TmP/GFR		
<b>Badanie RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków (data badania, wynik)</b>		
<b>Ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS</b>		
<b>Badanie USG nerek (data badania, wynik)</b>		

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

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

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

Data

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

## XV C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

**XV A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B I B**

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH**

**WNIOSEK**

*(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego, w przypadku udostępnienia elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych należy uzupełnić dane w systemie)*

**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 monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię \_\_\_\_\_ 33. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

---

## B. Wywiad:

34. Szczegółowy wywiad (dotyczy przebiegu klinicznego choroby) oraz opis badania przedmiotowego: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

35. Dotychczasowy przebieg leczenia (należy podać czy pacjent był wcześniej leczony, jeżeli tak to od kiedy i z jakim skutkiem):  
\_\_\_\_\_

## C. Badanie genetyczne:

36. Data badania: \_\_\_\_\_

37. Rozpoznanie ASMD typu A/B lub B\* potwierdzone badaniem genetycznym \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* właściwe zaznaczyć

## D. Badania dodatkowe:

38. masa ciała \_\_\_\_\_ wysokość ciała \_\_\_\_\_

39. badanie aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

40. analiza genu SMPD1 [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

41. poziom biomarkera Lyso-sfingomyelin [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

42. DLco (w przypadku pacjentów  $\geq 18$  r.ż.) [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

43. aktywność chitotriozydazy [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

44. USG jamy brzusznej z określeniem wielkości śledziony [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

45. USG jamy brzusznej z określeniem wielkości wątroby [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

46. MRI jamy brzusznej z określeniem wielkości śledziony [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

47. MRI jamy brzusznej z określeniem wielkości wątroby [data badania \_\_\_\_\_]  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

48. Objętość śledziony lub jej fragmentu  $\geq 5$  wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą MRT (w przypadku

dzieci)

49. Objętość śledziony lub jej fragmentu  $\geq 6$  wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą MRT (w przypadku dorosłych)

50. Z-score (w przypadku dzieci)

51. RTG płuc lub HRCT [data badania \_\_\_\_\_] [badanie HRCT w uzasadnionych przypadkach]

52. Spirometria [data badania \_\_\_\_\_]

53. EKG [data badania \_\_\_\_\_]

54. Badanie DEXA [data badania \_\_\_\_\_] [w uzasadnionych przypadkach]

55. RTG kości długich [MRI w uzasadnionych przypadkach] [data badania \_\_\_\_\_]

56. Test ciążyowy dla kobiet w wieku rozrodczym [data badania \_\_\_\_\_]

57. Dodatkowe badania [data badania \_\_\_\_\_]

Oznaczenie stężenia	Wynik	Norma
Morfologia krwi z rozmazem		
APTT		
INR		
Bilirubina całkowita		
Bilirubina sprzężona		
ALT		
AST		
Fosfataza alkaliczna		
Cholesterol całkowity		
Triglicerydy		
LDL		
HDL		
<b>Konsultacja neurologiczna</b> [data badania _____]		
<b>Konsultacja pulmonologiczna</b> [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]		

58. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku

---

---

Potwierdzam, że pacjent spełnia wszystkie kryteria określone programem lekowym:

59. Imię \_\_\_\_\_ 60. Nazwisko \_\_\_\_\_

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

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

---

---

## XV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B I B

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

1. PESEL \_\_\_\_\_ 2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych \_\_\_\_\_

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

6. Badania wykonane zgodnie z harmonogramem wskazanym w opisie programu lekowego:  
 [data badania \_\_\_\_\_]

Oznaczenie	Wynik	Norma
Morfologia krwi z rozmazem		
ALT		
AST		
bilirubina całkowita		
poziom biomarkera Lyso-sfingomyelin		
Cholesterol całkowity		
Triglicerydy		
LDH		
HDL		
<b>MRI i USG jamy brzusznej z oceną objętości wątroby i śledziony</b> [data badania _____]		
<b>EKG</b> [data badania _____]		
<b>RTG płuc lub HRCT</b> [data badania _____] [badanie HRCT w uzasadnionych przypadkach]		
<b>Spirometria</b> [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]		
<b>Badanie DEXA</b> [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]		
<b>RTG kości długich (MRI w uzasadnionych przypadkach)</b> [data badania _____]		



<b>Konsultacja neurologiczna</b> [data badania _____]
<b>Konsultacja pulmonologiczna</b> [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]
<b>Konsultacja ortopedyczna</b> [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]
<b>Pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost) z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania</b> [data badania _____]

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

Imię i nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_

Data

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

Data

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

## **XV C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B I B\***

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 oraz zobowiązuję się do przyjmowania 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*

\*w przypadku pacjentów powyżej 16 roku życia zgoda na leczenie musi być podpisane przez pacjenta i opiekuna prawnego

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

Załącznik Nr 10 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 sierpnia 2024 r.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona oraz weryfikację jego skuteczności**

<b>1. Charakterystyka świadczenia</b>		
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	jednostka koordynująca	Mazowiecki Szpital Bródnowski Sp. z o.o. 03-242 Warszawa ul. Kondratowicza 8
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii
1.8	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; 3) kwalifikacja i weryfikacja skuteczności leczenia w przypadku pacjentów leczonych foslewodopą+foskarbidopą dokonywana jest w oparciu o wnioski określone w pkt. 2
1.9	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 zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona

### Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia foslewodopą + foskarbidopą w programie lekowym Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona

#### Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko.....

PESEL. ....

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

#### Dane do kwalifikacji

**Data rozpoznania:**

**Kryteria kwalifikacji:**

Kryteria kwalifikacji do leczenia	TAK	NIE
czas trwania choroby $\geq 5$ lat		
wyczerpanie możliwości optymalnej terapii farmakologicznej prowadzonej co najmniej 3 lekami		
nieskuteczność monoterapii przy udokumentowanej nietolerancji innych leków		
łącznie czas trwania stanów <i>off</i> $\geq 2$ godziny, oraz czas trwania stanów <i>on</i> z obecnością uciążliwych dyskinez szczytu dawki $\geq 1$ godzina		
zapewnienie codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna w zakresie obsługi pompy		

**Przebieg dotychczasowego leczenia (należy załączyć poświadczoną kopię dokumentacji medycznej pacjenta).**

**Dzienniczek Hausera (należy załączyć skan).**

**Badanie obrazowe mózgowia (można dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań)**

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

**Uwagi**

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

Data: .....

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

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu choroby Parkinsona

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek:

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu choroby Parkinsona

**W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:**

▪ Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

▪ W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

## 2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 foslewodopa + foskarbidopa oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data .....

.....  
Podpis pacjenta

Data .....

.....  
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia hormonem wzrostu lub insulinopodobnym czynnikiem wzrostu-1 oraz weryfikację jego skuteczności**

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki;</li> <li>2) Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1;</li> <li>3) Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN);</li> <li>4) Leczenie zespołu Prader-Willi;</li> <li>5) Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT);</li> <li>6) Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)</li> </ol>
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) E 23 — somatotropinowa niedoczynność przysadki (SNP);</li> <li>2) Q 96 — zespół Turnera (ZT);</li> <li>3) N 18 — przewlekła niewydolność nerek (PNN);</li> <li>4) Q 87.1 — zespół Prader-Willi (PWS);</li> <li>5) E 34.3 — karłowatość, gdzie indziej niesklasyfikowana (ciężki pierwotny niedobór insulinopodobnego czynnika wzrostu-1);</li> <li>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)</li> </ol>
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	jednostka koordynująca	Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa
1.7	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
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisach programów lekowych wymienionych w pkt 1.2;</li> <li>2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o dokumenty, których wzór został określony w pkt 2.</li> </ol>
1.9	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	<sup>x)</sup> Przebieg dojrzewania
Ojciec:	45. _____ cm / _____ centyl	46. _____	47. _____	48. _____ <sup>1)</sup>
Matka:	49. _____ cm / _____ centyl	50. _____	51. _____	52. _____ <sup>1)</sup>

<sup>x)</sup> prawidłowy – 1, przedwczesny – 2, opóźniony – 3, nieznan – 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 przezciężniczkowe**

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**UWAGA!**

1. Wniosek bez oceny wieku kostnego – z załączeniem RTG śródreźcza 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.**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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 pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza  
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania  
zawodu oraz jego podpis*

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



**B. Dane auksologiczne pacjenta:**

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<sup>\*)</sup>, zgodnie z opisem programu

<sup>\*)</sup> 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<sub>1c</sub> \_\_\_\_\_ 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<sub>4</sub> \_\_\_\_\_ jednostki \_\_\_\_\_  
100. TSH \_\_\_\_\_ jednostki \_\_\_\_\_  
101. Rozpoznano niedczynność tarczycy: (T/N) \_\_\_\_\_ Rok rozpoznania \_\_\_\_\_  
102. Substytucja (T/N) \_\_\_\_\_ jeśli tak podaj od kiedy i jaką dawką \_\_\_\_\_

### Gonadotropiny w surowicy:

103. Data \_\_\_\_\_ 104. LH \_\_\_\_\_ jednostki \_\_\_\_\_  
105. Data \_\_\_\_\_ 106. \_\_\_\_\_ FSHjednostki \_\_\_\_\_

### IGF-I w surowicy:

107. Data \_\_\_\_\_ 108. \_\_\_\_\_ IGF-Ijednostki \_\_\_\_\_

### IGFBP3 w surowicy:

109. Data \_\_\_\_\_ 110. IGFBP3 \_\_\_\_\_ jednostki \_\_\_\_\_

111. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu

---

---

---

---

### Lekarz prowadzący:

**Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.**

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

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

### UWAGA!

1. Wniosek bez co najmniej opisu kariotypu, oznaczeń stężeń TSH, fT<sub>4</sub>, 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**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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 pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza  
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania  
zawodu oraz jego podpis*

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## B. Dane auksologiczne:

33. Wzrost (w cm) \_\_\_\_\_ 34. Centyl \_\_\_\_\_ 35. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
36. Masa ciała (w kg) \_\_\_\_\_ 37. Centyl dla wieku wzrostowego \_\_\_\_\_  
38. BMI \_\_\_\_\_ 39. Wiek kostny \_\_\_\_\_ 40. Data badania \_\_\_\_\_  
41. Metoda oceny wieku kostnego \_\_\_\_\_

## Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

42. Wzrost \_\_\_\_\_ cm 43. Data I pomiaru \_\_\_\_\_  
44. Wzrost \_\_\_\_\_ cm 45. Data II pomiaru \_\_\_\_\_  
46. Tempo wzrastania \_\_\_\_\_ cm/rok 47. hSDS \_\_\_\_\_

Rodzice:	Wzrost (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	Przebieg dojrzewania
Ojciec:	48. _____ cm/ _____ c	49. _____	50. _____	51. _____
Matka:	52. _____ cm/ _____ c	53. _____	54. _____	55. _____

Dojrzewanie: 1) wczesne, 2) normalne, 3) późne, 4) brak danych

## C. Wywiad:

56. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 57. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 58. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
59. Który poród \_\_\_\_\_ 60. Która ciąża \_\_\_\_\_ 61. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_\_  
62. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), gdy NIE, należy wypełnić pkt 63. \_\_\_\_\_  
63. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Poród (T/N):

64. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 65. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 66. Inne \_\_\_\_\_

## Akcja porodowa (T/N):

67. Niedotlenienie i resuscytacja (T/N) \_\_\_\_\_  
68. Stan po urodzeniu wg skali Apgar: \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
69. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Inne dane z wywiadu:

70. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_  
Jeśli TAK – proszę wymienić jakie choroby, kiedy i jakie stosowano leczenie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
71. Proszę podać także, inne dane np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, często powtarzające się choroby, inne \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

72. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) \_\_\_\_\_  
Jeśli TAK, to proszę podać w jakim okresie, jakim preparatem i w jakiej dawce oraz nanieść te dane na załączonej do wniosku siatce centylowej. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### D. Stan przedmiotowy:

73. Data badania \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

75. Data badania \_\_\_\_\_

76. Stopień \_\_\_\_\_

77. Wystąpienie dojrzewania – \_\_\_\_\_

1) wczesne 2) normalne 3) późne 4) nieznanne

#### E. Dane dotyczące choroby zasadniczej

78. Rozpoznanie, przyczyna PNN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

79. Data rozpoznania PNN \_\_\_\_\_

80. Data rozpoczęcia dializ \_\_\_\_\_

81. Metoda dializ \_\_\_\_\_ (daty) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

82. Czy był przeszczep nerki \_\_\_\_\_ (daty) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

83. Badanie laboratoryjne:

Morfologia krwi \_\_\_\_\_

Mocznik \_\_\_\_\_ Kreatynina \_\_\_\_\_ FA \_\_\_\_\_

Ca, P \_\_\_\_\_ PTH \_\_\_\_\_ Glikemia \_\_\_\_\_

Białko całkowite \_\_\_\_\_ Albuminy \_\_\_\_\_

Cholesterol \_\_\_\_\_ TG \_\_\_\_\_

Inne badania \_\_\_\_\_

84. Stosowana dieta \_\_\_\_\_

kalorie \_\_\_\_\_ białko \_\_\_\_\_

85. Stosowane leczenie \_\_\_\_\_

Alfakalcidol \_\_\_\_\_ lub inny aktywny metabolit witaminy D \_\_\_\_\_

Calcium carbonicum \_\_\_\_\_

Inne leki \_\_\_\_\_



## F. Inne badania dodatkowe ważne dla rozpoznania, zgodnie z opisem programu

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania – wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu).

---

---

86. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu

---

---

---

---

**Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe**

Lekarz prowadzący:

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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

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

---

---

### UWAGA!

1. Wniosek bez RTG śródreżcza (wiek szkieletowy) oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania, siatki centylowej nie będzie rozpatrywany.
2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych badań, a jednak koniecznych do postawienia rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka, w którym badanie takie będzie możliwe do wykonania.

**Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu wzrostu.**

### III B. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w przewlekłej niewydolności nerek

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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 pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza  
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania  
zawodu oraz jego podpis*

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Dane auxologiczne:**

35. Wzrost (cm) \_\_\_\_\_ 36. centyl \_\_\_\_\_ 37. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
 38. Masa ciała pacjenta (kg) \_\_\_\_\_ / centyl \_\_\_\_\_ 39. BMI (wartość i centyl dla wieku i płci) \_\_\_\_\_  
 40. Masa ciała pacjenta (kg) \_\_\_\_\_ / centyl \_\_\_\_\_ 41. Data drugiego pomiaru\* \_\_\_\_\_  
 42. BMI\* (wartość i centyl dla wieku i płci) \_\_\_\_\_

**Tempo wzrastania przed leczeniem**

43. Wzrost \_\_\_\_\_ cm 44. Data I pomiaru \_\_\_\_\_  
 45. Wzrost \* \_\_\_\_\_ cm 46. Data II pomiaru \* \_\_\_\_\_  
 47. Tempo wzrastania (w cm/rok) \_\_\_\_\_  
 48. Wiek kostny \_\_\_\_\_ 49. Data rtg \_\_\_\_\_  
 50. Metoda oceny wieku kostnego \_\_\_\_\_

\* Wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji

**Rodzice**

Data pomiaru \_\_\_\_\_

- Wzrost (cm): 51. Ojciec: \_\_\_\_\_ 52. Matka: \_\_\_\_\_  
 Masa ciała (kg): 53. Ojciec: \_\_\_\_\_ 54. Matka: \_\_\_\_\_  
 BMI: 55. Ojciec: \_\_\_\_\_ 56. Matka: \_\_\_\_\_

57. Wzrost rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wzrost		Masa c.		BMI	
				cm	centyl	kg	centyl		centyl
1.									
2.									
3.									
4.									

**C. Wywiad:**

58. Masa ciała przy ur. (g) \_\_\_\_\_ 59. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 60. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
 61. Który poród \_\_\_\_\_ 62. Która ciąża \_\_\_\_\_ 63. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_\_  
 64. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) \_\_\_\_\_  
 65. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_

**Poród (T/N):**

66. Fizjologiczny \_\_\_\_\_ 67. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 68. Inne \_\_\_\_\_

### Akcja porodowa (T/N):

69. Samoistna \_\_\_\_\_ 70. Wspomagana \_\_\_\_\_
71. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 72. Niedotlenienie i resuscytacja \_\_\_\_\_
73. Ocena wg skali Apgar: \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_
74. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Inne dane z wywiadu:

75. Nietolerancja węglowodanów/cukrzyca – (T/N) – jeśli tak, podać rok rozpoznania i sposób leczenia \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
76. Przedłużające się infekcje górnych dróg oddechowych – (T/N) – jeśli tak to proszę podać opis \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
77. Bezdech w wywiadzie (T/N), jeśli tak to podać jak często występowały i jak długo trwały oraz wykonać badanie polisomnograficzne \_\_\_\_\_
78. Hipogonadyzm (T/N) \_\_\_\_\_ 79. Hipoglikemia (T/N) \_\_\_\_\_
80. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_
81. Jeśli TAK – wymień jakie: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
82. Podaj także inne dane, np. kiedy spostrzeżono nadmierny przyrost masy ciała, zwolnienie tempa wzrastania, często powtarzające się choroby, szczególnie infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych oraz inne choroby \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
83. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) \_\_\_\_\_
- Jeśli TAK, to proszę podać w jakim okresie był leczony, jakim preparatem, w jakiej dawce oraz nanieść te dane na siatkę centylową załączoną do wniosku \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### D. Stan przedmiotowy:

84. Data badania: \_\_\_\_\_
85. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, stan odżywienia, budowa ciała, cechy dysmorfii, towarzyszące wady rozwojowe). \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

86. Data badania \_\_\_\_\_
87. Thelarche \_\_\_\_\_ 88. Pubarche \_\_\_\_\_ 89. Menarche (T/N) \_\_\_\_\_
90. Data pierwszej miesiączki \_\_\_\_\_
91. Jądro prawe (T/N) \_\_\_\_\_ 92. Brak \_\_\_\_\_
93. Jądro lewe (T/N) \_\_\_\_\_ 94. Brak \_\_\_\_\_
- Objętość jąder w ml: 95. Lewe \_\_\_\_\_ 96. Prawe \_\_\_\_\_
97. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: \_\_\_\_\_
- 1) wczesne                      2) normalne                      3) późne                      4) nieznanne
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<sub>3</sub> w surowicy:**

138. Data \_\_\_\_\_ 139. IGFBP<sub>3</sub> \_\_\_\_\_ 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 pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza  
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania  
zawodu oraz jego podpis*

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**UWAGA!**

1. Wniosek bez: rozpoznania potwierdzonego badaniem genetycznym, co najmniej 6 mies. okres obserwacji wzrastania i stanu odżywienia (BMI), arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania (siatki centylowe, z siatką centylową BMI), konsultacji laryngologa i psychologa, informacji na temat stosowanej diety i prowadzonej rehabilitacji, rtg śródreżcza do oceny wieku kostnego, pomiaru stężeń TSH, fT<sub>4</sub> 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

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

▪ administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

▪ w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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 pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza  
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania  
zawodu oraz jego podpis*

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

## B. Dane anksologiczne:

36. Wzrost \_\_\_\_\_ cm 37. centyl \_\_\_\_\_ 38. Data pomiaru \_\_\_\_\_  
39. hSDS \_\_\_\_\_  
40. Masa ciała \_\_\_\_\_ kg 41. centyl dla wieku wzrostowego \_\_\_\_\_  
42. BMI \_\_\_\_\_ 43. Wiek kostny \_\_\_\_\_ 44. Data rtg \_\_\_\_\_  
45. Metoda oceny wieku kostnego \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Tempo wzrastania przed leczeniem

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

46. Wzrost \_\_\_\_\_ cm 47. Data I pomiaru \_\_\_\_\_  
48. Wzrost \_\_\_\_\_ cm 49. Data II pomiaru \_\_\_\_\_  
50. Tempo wzrastania \_\_\_\_\_ cm/rok

Rodzice:	Wzrost (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	Przebieg dojrzewania
Ojciec:	51. _____ cm / _____ centyl	52. _____	53. _____	54. _____ *)
Matka:	55. _____ cm / _____ centyl	56. _____	57. _____	58. _____ *)

\*) prawidłowy – 1, przedwczesny – 2, opóźniony – 3, nieznyany – 4

59. Wzrost rodzeństwa:

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

## C. Wywiad:

60. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 61. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 62. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_  
63. Który poród \_\_\_\_\_ 64. Która ciąża \_\_\_\_\_ 65. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_\_  
66. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), gdy NIE należy wypełnić pkt 67.  
67. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Poród (T/N):

68. Fizjologiczny, \_\_\_\_\_ 69. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 70. Inne \_\_\_\_\_

## Akcja porodowa (T/N):

71. Samoistna \_\_\_\_\_ 72. Wspomagana \_\_\_\_\_  
73. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 74. Niedotlenienie i resuscytacja \_\_\_\_\_  
75. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_

76. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Inne dane z wywiadu:

77. Cukrzyca – (T/N) – jeśli TAK, podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia \_\_\_\_\_,

78. Hipogonadyzm – (T/N) \_\_\_\_\_

79. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli TAK – wymień rodzaj choroby / chorób oraz leki, szczególnie takie które mogą hamować procesy wzrastania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

81. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu lub rhIGF-1? (T/N) \_\_\_\_\_

Jeśli TAK, to proszę podać od kiedy, jak długo, jaki preparat i w jakich dawkach (dane te proszę zaznaczyć także na siatce centylowej. Jeżeli tak to proszę podać opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### D. Stan przedmiotowy:

82. Data badania: \_\_\_\_\_

83. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe).  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

84. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: \_\_\_\_\_

1) wczesne      2) normalne      3) późne      4) nieznane

85. Data badania \_\_\_\_\_ 86. Thelarche \_\_\_\_\_ 87. Pubarche \_\_\_\_\_

88. Menarche (T/N) \_\_\_\_\_ 89. Data pierwszej miesiączki \_\_\_\_\_

90. Jądro prawe (T/N) \_\_\_\_\_ 91. Brak \_\_\_\_\_

92. Jądro lewe (T/N) \_\_\_\_\_ 93. Brak \_\_\_\_\_

Objętość jąder w ml:      94. Lewe \_\_\_\_\_ 95. Prawe \_\_\_\_\_

96. Stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera \_\_\_\_\_

**E. Badania obrazowe:****MRI (NMR) lub TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej**

97. Data badania \_\_\_\_\_

98. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**USG serca**

99. Data badania \_\_\_\_\_

100. Opis wyniku badania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_101. Konsultacja kardiologiczna (proszę podać datę i opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_102. Konsultacja okulistyczna z oceną dna oka (proszę podać datę i opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_103. Inne zastosowane badania obrazowe, np. USG, itp. (T/N), \_\_\_\_\_ jeśli T – podać daty i wyniki tych badań:  
\_\_\_\_\_**F. Inne, niż hormonalne, badania dodatkowe, zgodnie z opisem programu**

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 lub wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu).

104. Wyniki tych badań z podaniem daty: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**G. Badania hormonalne:**

105. Test nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (stężenia GH w surowicy)

	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
GH						

podać co najmniej 5 pomiarów stężeń GH

**Testy stymulujące sekrecję GH:****TEST 1.**

106. Data wykonania \_\_\_\_\_

107. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii)  
\_\_\_\_\_

108. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

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

## TEST 2.

109. Data wykonania \_\_\_\_\_

110. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii)  
\_\_\_\_\_

111. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

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

### Ocena przemian węglowodanowych

112. Data pomiaru \_\_\_\_\_ 113. Glikemia przygodna \_\_\_\_\_

114. Data pomiaru \_\_\_\_\_ 115. Gliemia na czczo \_\_\_\_\_

116. Data pomiaru \_\_\_\_\_ 117. Odsetek glikowanej hemoglobiny A<sub>1c</sub> \_\_\_\_\_

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

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

## UWAGA!

1. Wniosek bez co najmniej oceny nocnego wyrzutu hormonu wzrostu, oznaczeń stężeń glukozy, insuliny, TSH, fT<sub>4</sub> i IGF-I, IGFBP<sub>3</sub>, testu generacji somatomedyn, oceny wieku kostnego (z załączeniem RTG śródreżcza) oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania (siatki centylowe), wyniku konsultacji laryngologicznej z oceną audiogramu

oraz konsultacji kardiologicznej z oceną USG serca, a w przypadkach wątpliwych bez wyniku badań molekularnych receptora GH, genu kodującego syntezę IGF-1, promotora tego genu nie będzie rozpatrywany.

2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych z w/w badań, a jednak koniecznych do rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka koordynującego.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu wzrostu.

## **VB. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu rhIGF-1 w leczeniu ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1:**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązujących dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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  Nie

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## B. Dane auksologiczne:

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, nieznyany – 4

64. Wzrost rodzeństwa:

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

## C. Wywiad:

65. Masa ciała przy urodzeniu (g) \_\_\_\_\_ 66. SD do wieku ciążowego \_\_\_\_\_  
67. Długość ciała (cm) \_\_\_\_\_ 68. SD do wieku ciążowego \_\_\_\_\_  
69. Obwód głowy (cm) \_\_\_\_\_ 70. SD do wieku ciążowego \_\_\_\_\_  
71. Obwód klatki piersiowej (cm) \_\_\_\_\_ 72. SD do wieku ciążowego \_\_\_\_\_

\* Proszę wpisać nazwę siatek, do których odnoszono masę i długość ciała

73. Który poród \_\_\_\_\_ 74. Która ciąża \_\_\_\_\_ 75. Czas trwania ciąży w tyg. \_\_\_\_\_  
76. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) \_\_\_\_\_, gdy NIE to proszę opisać \_\_\_\_\_

77. W przypadku, gdy w czasie ciąży wykonywano USG to proszę wpisać, w którym tygodniu i jak oceniono rozwój/wzrastanie płodu (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Poród (T/N):**

78. Fizjologiczny, siłami natury \_\_\_\_\_ 79. Pośladowy \_\_\_\_\_  
80. Cięcie cesarskie \_\_\_\_\_ 81. Inne \_\_\_\_\_

**Akcja porodowa (T/N):**

82. Samoistna \_\_\_\_\_ 83. Wspomagana \_\_\_\_\_  
84. Uraz porodowy \_\_\_\_\_ 85. Niedotlenienie i resuscytacja \_\_\_\_\_  
86. Ocena wg skali Apgar: 1 min \_\_\_\_\_ 5 min \_\_\_\_\_  
87. Przebieg okresu noworodkowego (opis) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Inne dane z wywiadu:**

88. Wady wrodzone (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rodzaj wad, wiek dziecka, w którym rozpoznano wady i rodzaj leczenia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

89. Cechy dysmorficzne (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rodzaj, wiek dziecka, w którym je rozpoznano \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

90. Jeżeli w przypadku wad lub cech dysmorficznych Tak, to czy u dziecka wykonano badanie genetyczne (T/N) – jeśli Tak, podać opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

91. Upośledzona tolerancja węglowodanów (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

92. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, to proszę podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

93. Alergie / egzema – (T/N) \_\_\_\_\_

94. Jeśli tak to proszę podać rodzaj manifestacji choroby i sposób jej leczenia, szczególnie czasu leczenia glikokortykoidami, z podaniem sumarycznej ich dawki \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

95. Hipogonadyzm – (T/N) \_\_\_\_\_

96. Hipoglikemia – (T/N) \_\_\_\_\_ Jeżeli tak to jak często, jaka była najniższa wartość glikemii, czy z tego powodu dziecko było hospitalizowane / diagnozowane (opis): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

97. Inne choroby przewlekłe (T/N) \_\_\_\_\_  
Jeśli Tak to proszę wymienić rodzaj chorób oraz leki, szczególnie takie, które mogą upośledzać procesy wzrastania \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
98. Podaj także inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, często powtarzające się choroby i inne nieprawidłowości \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
99. Zabiegi operacyjne (T/N) \_\_\_\_\_ Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
100. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) \_\_\_\_\_  
Jeśli TAK, to proszę podać od kiedy, jak długo, jaki preparat i w jakich dawkach (dane te proszę zaznaczyć także na siatce centylowej) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **D. Stan przedmiotowy:**

101. Data badania: \_\_\_\_\_
102. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe, cechy dysmorficzne).\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Ciśnienie tętnicze**

103. Data badania \_\_\_\_\_ 104. skurczowe \_\_\_\_\_ 105. rozkurczowe \_\_\_\_\_

#### **Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)**

106. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: \_\_\_\_\_

1) wczesne      2) normalne      3) późne      4) nieznane

107. Stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera \_\_\_\_\_

#### **E. Konsultacje:**

108. Konsultacja psychologiczna. Data badania \_\_\_\_\_ Opis. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

109. Konsultacja okulistyczna. Data badania \_\_\_\_\_ Opis. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

110. Inne konsultacje. Data badania \_\_\_\_\_ Opis. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**F. Badania obrazowe:  
USG jamy brzusznej**

111. Data badania \_\_\_\_\_  
112. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**USG układu sercowo-naczyniowego**

113. Data badania \_\_\_\_\_  
114. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MRI (NMR) lub TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej**

115. Data badania \_\_\_\_\_  
116. Opis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

117. Inne badania obrazowe, np. USG, itp. (T/N), \_\_\_\_\_ jeśli TAK – to proszę podać daty i wyniki tych badań:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**G. Inne, niż hormonalne, badania dodatkowe, zgodnie z opisem programu**

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla wykluczenia innych aniżeli SGA lub IUGR przyczyn niedoboru wzrostu).

118. Stężenie triglicerydów	Data badania _____	Wynik _____	Jednostki _____
119. Stężenie całkowitego cholesterolu	Data badania _____	Wynik _____	Jednostki _____
120. Stężenie HDL cholesterolu	Data badania _____	Wynik _____	Jednostki _____
121. Stężenie LDL cholesterolu.	Data badania _____	Wynik _____	Jednostki _____
122. Odsetek HbA <sub>1c</sub>	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 pieczętka zawierające imię i nazwisko lekarza  
kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania  
zawodu oraz jego podpis*

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

### **UWAGA!**

1. Wniosek bez wymaganych badań, w tym pomiaru stężenia IGF-I oraz oceny wieku kostnego (z załączeniem RTG śródreżcza), wyniku obrazowania okolicy podwzgórzowo – przysadkowej oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania (siatki centylowe) nie będzie rozpatrywany.
2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych badań, a jednak koniecznych do rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka koordynującego.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. stosowania hormonu

wzrostu

## **VI B. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w niskorosłości w następstwie SGA lub IUGR.**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

Załącznik Nr 12 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 sierpnia 2024 r.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do programu zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B oraz weryfikację jego efektów**

<b>1. Charakterystyka świadczenia</b>		
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	jednostka koordynująca	Instytut Matki i Dziecka 01-211 Warszawa ul. Kasprzaka 17a
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub pediatrii, lub onkologii i hematologii dziecięcej
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego; 2) kwalifikacja dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych; 3) kwalifikacja i weryfikacja skuteczności leczenia w przypadku pacjentów leczonych emicizumabem dokonywana jest w oparciu o wnioski określone w pkt. 2.
1.9	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  
Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B**

**Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia emicizumabem w programie lekowym Zapobieganie  
krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B**

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

Imię i nazwisko.....

PESEL .....

Data wystawienia wniosku: .....

Świadczeniodawca wystawiający wniosek: .....

**Dane do kwalifikacji**

Data rozpoznania: .....

Rodzaj profilaktyki: .....

Dawka nasycająca emicizumabu: .....

Dawka podtrzymująca emicizumabu: .....

Sposób dawkowania emicizumabu: .....

Waga pacjenta: .....

Badania laboratoryjne (można wprowadzić wyniki badań lub dołączyć skan badań)

<b>Parametr</b>	<b>Wynik</b>
ocena aktywności czynników krzepnięcia	
VIII	
IX	
Badania wirusologiczne	
HIV	
HBV	
HCV	
Inne badania	

Inne:

Wylewy (jeśli dotyczy należy wskazać lokalizację):

.....

Zabieg ortopedyczny (jeżeli dotyczy należy wskazać jaki):

.....

Inny zabieg chirurgiczny (jeżeli dotyczy należy wskazać jaki):

.....

**Uwagi**

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

Data: .....

.....

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

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek: emicizumab

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

▪ Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

▪ W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)



## 2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 emicizumabem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data .....

.....  
Podpis pacjenta

Data .....

.....  
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

Załącznik Nr 13 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 sierpnia 2024 r.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni oraz weryfikację jego skuteczności**

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
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 Rdzeniowego Zaniku Mięśni.
1.6	jednostka koordynująca	Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" Al. Dzieci Polskich 20, 04-730 Warszawa
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii, neurologii dziecięcej, genetyki klinicznej
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego 2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych lub w oparciu o dokumenty, których wzór został określony w pkt 2.
1.9	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 Rdzeniowego Zaniku 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. uniemożliwiający podanie leczenia w ocenie lekarza prowadzącego TAK / NIE
- b. uniemożliwiający 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 pomocnicze TAK / NIE
21. Miano przeciwciał przeciwko adenowirusowi o serotypie 9 (AAV9)

22. Wyniki badań laboratoryjnych:

- a. GGTP
- b. AIAT
- 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**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 abeparwówek 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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) 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 abeparwówek 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

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

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

Załącznik Nr 14 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 sierpnia 2024 r.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia tisagenlecleucelem w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną oraz weryfikację jego skuteczności**

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
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	jednostka koordynująca	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza 85-094 Bydgoszcz ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9
1.7	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
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego; 2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych lub w oparciu o dokumenty, których wzór został określony w pkt. 2.
1.9	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 – porada lekarska, konsultacja, asysta

**2. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji pacjenta do terapii tisagenlecleucelem przez Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T**

**Wniosek o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia z zastosowaniem terapii tisagenlecleucelem w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną**

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

Imię i nazwisko	PESEL
-----------------	-------

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

**Leczenie dotyczy:** pacjenci w wieku do 25 lat nawrotowej lub opornej ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek B

**Dane do kwalifikacji:**

Wiek pacjenta: .....

**Kryteria kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucelem**

<b>Musi być spełnione co najmniej jedno z kryteriów 5A-E oraz wszystkie warunki 1-4; 6-9</b>	TAK	NIE
1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B;		
2) wiek od 0 do 25 lat (włącznie);		
3) stan sprawności $\geq 50$ według skali Karnofsky'ego (wiek $\geq 16$ lat) lub Lansky'ego (wiek $< 16$ lat);		
4) przewidywany czas przeżycia pacjenta co najmniej 12 tygodni od momentu kwalifikacji do programu;		
<b>5) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:</b>		
5A) drugi lub kolejny nawrót;		
5B) nawrót po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 4 miesiącach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem tisagenlecleucelem;		
5C) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) po 2 cyklach standardowej chemioterapii lub chemiooporność definiowana jako nieosiągnięcie CR po jednym cyklu leczenia reindukującego stosowanego w nawrocie ALL;		
5D) ALL z obecnym chromosomem Philadelphia z nietolerancją lub z niepowodzeniem co najmniej dwóch linii leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej (TKI) albo przeciwskazania do terapii TKI;		
5E) brak kwalifikacji do allo-HSCT ze względu na choroby współistniejące, przeciwskazania do leczenia kondycjonującego przed allo-HSCT, brak odpowiedniego dawcy lub wcześniejsze allo-HSCT.		
6) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci);		
7) aktywność aminotransferazy alaninowej $\leq 5$ razy powyżej górnej granicy normy dla wieku;		
8) stężenie bilirubiny $< 2,0$ mg/dl;		
9) funkcja skurczowa lewej komory $\geq 28\%$ potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory $\geq 45\%$ potwierdzona za pomocą echokardiogramu;		

Przeciwskazania do włączenia do programu:

<b>Warunki</b>	TAK	NIE
1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą		
2) ciąża lub karmienie piersią;		

3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;		
4) zakażenie HIV;		
5) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B,C;		
6) współistnienie wrodzonych chorób genetycznych przebiegających z upośledzoną czynnością szpiku, takich jak niedokrwistość Fanconiego, zespół Kostmanna, zespół Schwachmana-Diamonda i innych		
7) przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) w stopniu 2-4		
8) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: fludarabina i cyklofosfamid lub cytarabina i etopozyd.		
9) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc;		
10) aktywna hemoliza;		
11) aktywna koagulopatia;		
12) aktywna choroba autoimmunologiczna;		
13) pierwotny niedobór odporności;		
14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19)		

### Ocena statusu choroby:

Badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych i/lub ocena molekularna szpiku kostnego dokumentująca oporność/nawrót choroby (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

Badania obrazowe centralnego układu nerwowego (CT lub NMR) (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań obrazowych):

.....

Ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach) (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonych badań):

.....

### Oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (należy podać stosowane jednostki i zakres normy):

PT: .....

aPTT: .....

INR: .....

Fibrynogen: .....

D-dimery: .....

Oznaczenie stężenia immunoglobuliny G: .....

### Pozostałe badania oceniające funkcje innych narządów:

Echo serca lub MUGA (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

EKG (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

Aktywność ALT: ....., AST: .....; stężenie bilirubiny:.....

Stężenie kreatyniny: ..... ; eGFR: .....

**Morfologia krwi** (można wprowadzić opis badania lub dołączyć skan opisu przeprowadzonego badania):

.....

**Inne:**

- Oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B:

HBsAg: .....

anty-HBc: .....

anty-HBs: .....

HBV DNA (w przypadku dodatnich anty-HBc): .....

- Oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C:

anty-HCV: .....

HCV RNA (w przypadku dodatnich anty-HCV): .....

- Wyniki badań w kierunku zakażenia wirusem HIV:

anty-HIV: .....

- Test ciążowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę): .....

**Epikryza:**

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

Wyniki innych badań oraz informacje o stanie klinicznym istotne z punktu widzenia kwalifikacji do leczenia w programie lekowym:

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

Data: .....

.....

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

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia z zastosowaniem terapii tisagenlecleualem w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. CAR-T:

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek: Kymriah

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. CAR-T

W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:

▪ Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

▪ W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

## 2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia tisagenlecleucelem w programie lekowym Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:
  - administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,
  - Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
  - w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie tisagenlecleucelem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data *Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*

Data *Podpis lekarza*

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

Załącznik Nr 15 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 sierpnia 2024 r.

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

<b>1. Charakterystyka świadczenia</b>		
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	jednostka koordynująca	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego 02-097 Warszawa ul. Banacha 1A
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii oraz neurologii dziecięcej
1.8	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
1.9	specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia (wg ICD 9 CM)	89.00 – porada lekarska, konsultacja, asysta



### **Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu**

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu w składzie:

- 1) prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak - Przewodniczący Zespołu, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieków Rozwojowych, SP Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. T. Sokołowskiego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie;
- 2) dr hab. n. med. Maciej Hilczer - Z-ca Przewodniczącego, Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi;
- 3) prof. dr hab. n. med. Iwona Beń-Skowronek, Klinika Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej z Pracownią Endokrynologiczno-Metaboliczną, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy prof. Antoniego Gębali w Lublinie;
- 4) dr n. med. Dorota Birkholz-Walerzak, Klinika Pediatrii, Diabetologii Endokrynologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
- 5) prof. dr hab. n. med. Artur Bossowski, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Poddziałem Kardiologii UMB, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. Ludwika Zamenhofs w Białymstoku;
- 6) lek. Katarzyna Doleżał-Ołtarzewska, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. Św. Ludwika w Krakowie;
- 7) dr n. med. Adam Dudek, Poradnia Endokrynologiczna dla Dzieci, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie;
- 8) dr n. med. Barbara Iwaniszewska, Oddział Pediatrii, Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej, Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu;
- 9) dr n. med. Barbara Kalina-Faska, Klinika Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, SP Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 10) prof. dr hab. n. med. Małgorzata Karbownik-Lewińska, Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi;
- 11) prof. dr hab. n. med. Andrzej Kędzia, Klinika Diabetologii, Auksologii i Otyłości Wieków Rozwojowych Szpital Kliniczny im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 12) dr. n. med. Bożena Klonowska, Oddział Pediatryczny VI Endokrynologiczny, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie;
- 13) dr hab. n. med. Anna Kucharska, Klinika Pediatrii i Endokrynologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;
- 14) prof. dr hab. n. med. Andrzej Lewiński, Klinika Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Instytut "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi;
- 15) prof. dr hab. n. med. Ewa Małecka-Tendera, Klinika Pediatrii Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, SP Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 16) dr n. med. Elżbieta Moszczyńska, p.o. Kierownika Kliniki Endokrynologii i Diabetologii, Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie;
- 17) prof. dr hab. n. med. Marek Niedziela, Klinika Endokrynologii i Reumatologii Dziecięcej, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 18) dr hab. n. med. Małgorzata Pańczyk-Tomaszewska, Oddział Kliniczny Nefrologii i Pediatrii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;

- 19) prof. dr hab. n. med. Elżbieta Petriczko, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieków Rozwojowych, SP Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. T. Sokołowskiego Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie;
- 20) dr n. med. Olgierd Pilecki, Oddział Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii, Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy;
- 21) prof. dr hab. n. med. Beata Pyrzak, Klinika Pediatrii i Endokrynologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;
- 22) dr n. med. Agnieszka Rudzka-Kocjan, Kliniczny Oddział Pediatrii z Pododdziałem Alergologii, Neurologii, Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym;
- 23) prof. dr hab. n. med. Barbara Rymkiewicz-Kluczyńska, emerytowany pracownik Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;
- 24) lek. Elżbieta Skotarczyk-Kowalska, II Klinika Pediatrii III Oddział Chorób Dziecięcy Endokrynologiczno – Diabetologiczny, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach;
- 25) lek. Monika Tomaszewska, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii i Nefrologii CSK UM w Łodzi Uniwersyteckie Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej;
- 26) dr hab. n. med. Anna Wędrychowicz, Klinika Endokrynologii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie;
- 27) dr n. med. Beata Wikiera, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu;
- 28) dr n. med. Magdalena Wysocka, Pełnomocnik Dyrektora ds. Programów Lekowych Medycznych i Badań Przesiewowych, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie;
- 29) dr hab. n. med. Agnieszka Zachurzok, Oddział Endokrynologii Dziecięcej, SP Szpitala Klinicznego nr 1 im. prof. S. Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach;
- 30) prof. dr hab. n. med. Katarzyna Ziara, emerytowany pracownik SP Szpitala Klinicznego nr 1 im. prof. S. Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Załącznik Nr 17 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 sierpnia 2024 r.

**Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B**

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B w składzie:

- 1) dr hab. n. med. Anna Klukowska - Przewodnicząca Zespołu, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;
- 2) dr n. med. Andrzej Kołtan - Zastępca Przewodniczącej Zespołu, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy;
- 3) lek. Irena Woźnica-Karczmarz - Sekretarz Zespołu, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie;
- 4) dr n. med. Wanda Badowska, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie;
- 5) prof. dr hab. n. med. Walentyna Balwierz, Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie;
- 6) dr n. med. Łucja Dakowicz, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku;
- 7) dr n. med. Grzegorz Dobaczewski, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza – Radeckiego we Wrocławiu;
- 8) dr n.med. Miłosz Jazdon, Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu;
- 9) lek. Grażyna Karolczyk, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach;
- 10) prof. dr hab. n. med. Paweł Łąguna, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego;
- 11) dr n. med. Maciej Niedźwiecki, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku;
- 12) lek. Monika Radwańska, Kliniczny Szpital Wojewódzki nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie;
- 13) lek. Iwona Rurańska, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego;
- 14) prof. dr hab. n. med. Tomasz Urański, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego im. prof. Tadeusza Sokołowskiego w Szczecinie;
- 15) lek. Dariusz Wasiński, Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze;
- 16) dr n. med. Magdalena Wojdalska, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Załącznik Nr 18 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 2 sierpnia 2024 r.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 oraz weryfikację skuteczności**

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 oraz weryfikacja skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie pacjentów z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) Q85.0 Nerwiakowłókniakowość (niezłśliwa)
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nerwiakowłókniaków Splotowatych u Chorych z Neurofibromatozą Typu 1 (NF1)
1.6	jednostka koordynująca	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza ul. M. Skłodowskiej-Curie 9 85-094 Bydgoszcz
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii i onkologii dziecięcej
1.8	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
1.9	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 76/2024/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 2 sierpnia 2024 r.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia pacjentów z kardiomiopatią oraz weryfikację jej skuteczności**

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia kardiomiopatii oraz weryfikacja jej skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie pacjentów z kardiomiopatią
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) E85 Amyloidozą 2) I42.1 Przerostowa kardiomiopatia zawężająca
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii
1.6	jednostka koordynująca	Instytut Kardiologii UJCM w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Jana Pawła II ul. Prądnicka 80 32-202 Kraków
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie kardiologii lub kardiochirurgii
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego wymienionym w pkt 1; 2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych lub w oparciu o dokumenty, których wzór został określony w pkt 2 i 3.
1.9	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 z kardiomiopatią (ICD-10:E85, I42.1 )**

**Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie pacjentów z kardiomiopatią  
(ICD-10: E85, I42.1)**

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

Imię i nazwisko	PESEL
-----------------	-------

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

**B. 1 Dane do kwalifikacji (kardiomiopatia w przebiegu amyloidozy transtyretynowej, ICD-10: E85):**

Wiek pacjenta: .....

Zgoda na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z ChPL:.....

Określenie klasy NYHA: .....

<b>Kryteria kwalifikacji do leczenia</b>	TAK	NIE*
1.Kardiomiopatia w przebiegu amyloidozy transtyretynowej (ATTR) potwierdzona przez badanie scyntygraficzne serca z radioizotopem (99mTc-DPD lub 99mTc-PYP lub 99mTc-HMDP) lub biopsję tkanki i typowanie amyloidu za pomocą immunohistochemii		
2. Genetyczny ATTR lub typu dzikiego określony poprzez sekwencjonowanie genu transtyretyny		
3. Grubość przegrody międzykomorowej przekraczająca 12 mm w badaniu echokardiografii przezklatkowej		
4. Brak przeszczepu serca lub wątroby w wywiadzie		
5. Wynik testu 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych powyżej 100 m		
6. Adekwatna wydolność narządowa		
7. Brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL)		
8. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		

\* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania? .....

**Ważne!** W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

.....

.....

.....

.....

.....

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

**C. Badania przy kwalifikacji (kardiomiopatia w przebiegu amyloidozy transtyretynowej, ICD-10: E85):**

Scyntygrafia serca

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
.....

Sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR)

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
.....

Echokardiografia przezklatkowa

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
.....

EKG

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
.....

Holter 24-godzinne monitorowanie EKG

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
.....

Test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych (6MWT)

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
.....

Badania laboratoryjne

Data badania: .....

Opis badania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**D. Inne badania i konsultacje**

Konsultacja hematologiczna

Data konsultacji: .....

Opis konsultacji:

.....

.....

Data: .....

.....

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



**B. 2 Dane do kwalifikacji (leczenie przerostowej kardiomiopatii zawężającej, ICD-10: I42.1):**

Wiek pacjenta: .....

Zgoda na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z ChPL:.....

Określenie klasy NYHA: .....

<b>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerostowej kardiomiopatii zawężającej (ICD-10: I42.1)</b>	TAK	NIE*
1. Rozpoznanie kardiomiopatii przerostowej zawężającej (oHCM) zgodnie z aktualnymi wytycznymi ESC		
2. Grubość ściany lewej komory $\geq 15$ mm (lub $\geq 13$ mm w oHCM rodzinnej) w badaniu echokardiografii przezklatkowej		
3. Gradient ciśnień w drodze odpływu lewej komory (LVOT) spoczynkowy lub po próbie Valsalvy $\geq 50$ mmHg		
4. Frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF) $\geq 55\%$		
5. Niewystarczająca kontrola choroby pomimo stosowania leczenia beta-adrenolitykiem lub antagonistą kanału wapniowego, w optymalnej dawce lub w przypadku nietolerancji/przeciwwskazania do tych terapii		
6. Brak chorób kardiologicznych lub ogólnoustrojowych, innych niż oHCM, które mogą stanowić wytłumaczenie dla hipertrofii lewej komory serca (w tym choroby Fabry'ego, amyloidozy, zespołu Noonan z hipertrofią lewej komory)		
7. Brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL)		
8. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		

\* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania? .....

**Ważne!** W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**C. Badania przy kwalifikacji (leczenie przerostowej kardiomiopatii zawężającej, ICD-10: I42.1)**

Echokardiografia przezklatkowa (ewentualnie echokardiografia wysiłkowa TKI, MRI lub weryfikacja LVOT przeprowadzona metodą bezpośrednich pomiarów ciśnień)

Data badania: .....

Opis badania:

.....

.....

.....  
.....  
EKG

Data badania: .....

Opis badania:  
.....

.....  
Genotypowanie pacjentów pod kątem cytochromu P450 (CYP) 2C19 (CYP2C19)

Data badania: .....

Opis badania:  
.....

.....  
Badania laboratoryjne (poziom N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP))

Data badania: .....

Opis badania:  
.....

.....  
Badania laboratoryjne (troponina T, troponina I)

Data badania: .....

Opis badania:  
.....  
.....

Data: .....

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

..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z kardiomiopatią (ICD-10: E85, I42.1)**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek: tafamidis/ mawakamten

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

.....  
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii

**W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:**

▪ Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

▪ W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

## 2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie pacjentów z kardiomiopatią (ICD-10: E85, I42.1)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 tafamidisem/ mawakamtenem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data .....

.....  
Podpis pacjenta

Data .....

.....  
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeżeli dotyczy) RODO.

Załącznik Nr 20 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 sierpnia 2024 r.

**Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia czerniaka błony naczyniowej oka oraz weryfikację jego skuteczności**

<b>1.</b>	<b>Charakterystyka świadczenia</b>	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia czerniaka błony naczyniowej oka oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) C 69 Nowotwór złośliwy oka i przydatków oka; 2) C 69.3 Naczyniówka; 3) C 69.4 Ciało rzęskowe;
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka
1.6	jednostka koordynująca	Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie – Państwowy Instytut Badawczy, ul. Roentgena 5 02-781 Warszawa
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej
1.8	zasady kwalifikacji chorych wymagających udzielenia świadczenia	1) kryteria kwalifikacji zostały określone w opisie programu lekowego wymienionym w pkt 1.2; 2) kwalifikacja lub weryfikacja skuteczności leczenia dokonywana jest w oparciu o wnioski przedłożone za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych lub w oparciu o dokumenty, których wzór został określony w pkt 2.
1.9	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 chorych na czerniaka błony naczyniowej oka (ICD-10: C69, C69.3, C69.4)**

**Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie chorych na czerniaka błony  
naczyniowej oka (ICD-10: C69, C69.3, C69.4)**

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

Imię i nazwisko	PESEL
-----------------	-------

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

**B. Dane do kwalifikacji:**

Wiek pacjenta: .....

Zgoda na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z ChPL:.....

Stopień sprawności wg skali ECOG: .....

<b>Kryteria kwalifikacji do leczenia</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE*</b>
1. Wzrost lub zagrożenie rozwoju guza poza gałkę oczną i brak możliwości postępowania terapeutycznego po zastosowaniu dostępnych metod leczenia miejscowego (dopuszczalna wcześniejsza resekcja chirurgiczna choroby oligometastatycznej)		
2. Obecność przerzutów czerniaka błony naczyniowej oka		
3. Histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie czerniaka błony naczyniowej oka		
4. Potwierdzona obecność antygenu leukocytarnego HLA-A*02:01		
5. Brak wcześniejszej terapii systemowej czerniaka błony naczyniowej oka (nie dotyczy terapii neoadjuwantowej i adjuwantowej)		
6. Adekwatna wydolność narządowa		
7. Brak przeciwwskazań do leczenia biologicznego zgodnie z ChPL i wiedza medyczną		
8. Wykonano wszystkie wymagane badania diagnostyczne przed kwalifikacją		

\* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE należy przedstawić szczegółowy opis niespełnienia danego kryterium w polu Uwagi (w przypadku pkt. 1 i 2 możliwe jest zaznaczenie na NIE jednego z nich bez konieczności uzasadnienia)

Czy pacjent kontynuuje leczenie rozpoczęte w ramach innych źródeł finansowania? .....

**Ważne!** W przypadku odpowiedzi „TAK” na powyższe zapytanie należy opisać i załączyć zaświadczenie od lekarza prowadzącego o wcześniejszym leczeniu pacjenta.

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

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

**C. Badania przy kwalifikacji:**

USG gałki ocznej (wymagane jeżeli występuje wzrost lub zagrożenie rozwoju guza poza gałkę oczną)

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
.....

TK lub MRI mózgu (wymagane jeżeli występują przerzuty)

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
.....

TK lub MRI klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy (wymagane jeżeli występują przerzuty)

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
.....

EKG z ocena odstępu QT

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
.....

Badania laboratoryjne

a.Morfologia krwi z rozmazem

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
.....

b.ASPAT, ALAT

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
.....

c.Fosfataza zasadowa

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
.....

d.Dehydrogenaza mleczanowa

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
e.Elektrolity (sód, potas)

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
f.Bilirubina i kreatynina

Data badania: .....

Opis badania:

.....  
**D. Inne badania i konsultacje**

Konsultacja kardiologiczna

Data konsultacji: .....

Opis konsultacji:

.....  
.....  
Data: .....

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



..... dnia.....

**Decyzja dotycząca kwalifikacji do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka (ICD-10: C69, C69.3, C69.4)**

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Czerniaka Błony Naczyniowej Oka

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Świadczeniodawca wnioskujący: .....

Lek: tebentafusp

Decyzja: Pozytywna/Negatywna

Data decyzji:.....

.....  
Podpis Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Czerniaka Błony  
Naczyniowej Oka

**W związku z realizacją programu lekowego w zakresie danych osobowych, dla których Narodowy Fundusz Zdrowia jest administratorem danych osobowych, przedstawiamy informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych:**

▪ Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa.

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

▪ W odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ z związku z realizacją programów lekowych zostały wskazane m. in. w dziale VIII, w tym art. 188c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

## 2.1 Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie lekowym Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka (ICD-10: C69, C69.3, C69.4)

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

- 1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- 2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

- administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

- Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/](http://www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/)

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 tebentafuspem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data .....

.....  
Podpis pacjenta

Data .....

.....  
Podpis lekarza

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności 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), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.

Załącznik Nr 21 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 2 sierpnia 2024 r.

### **Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii**

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii w składzie:

- 1) prof. dr hab. med. Jacek Grzybowski, Oddział Kardiomiopatii Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego;
- 2) dr hab. med. Zofia Oko-Sarnowska, I Klinika Kardiologii Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu;
- 3) prof. dr hab. med. Piotr Podolec, Klinika Chorób Serca i Naczyń Instytutu Kardiologii UJ CM w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Jana Pawła II;
- 4) dr hab. med. Marcin Welnicki, III Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WL WUM, Oddział I Wewnętrzny Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie.

Załącznik Nr 22 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 sierpnia 2024 r.

### **Powołanie Zespołu Koordynacyjnego do spraw Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka**

Na podstawie art. 16b ust. 1 i 8 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka w składzie:

- 1) dr n. med. Monika Dudzisz-Śledź, Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy;
- 2) dr hab. n. med. Hanna Koseła-Paterczyk, Oddział Zachowawczy Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy;
- 3) dr n. med. Paweł Rogala, Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy;
- 4) prof. dr hab. med. Bożena Romanowska-Dixon, Oddział Kliniczny Okulistyki i Onkologii Okulistycznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie;
- 5) prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski, Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy.

Załącznik Nr 23 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 2 sierpnia 2024 r.

## **Regulamin Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii**

1. Zespół Koordynacyjny:

- 1) kwalifikuje świadczeniobiorców do leczenia w ramach programu lekowego "Leczenie pacjentów z kardiomiopatią";
- 2) rozstrzyga o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu;
- 3) dokonuje oceny skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego "Leczenie pacjentów z kardiomiopatią".

2. Członkowie Zespołu Koordynacyjnego, zwykłą większością głosów, wybierają ze swojego składu Przewodniczącego, jego Zastępców oraz Sekretarza.

3. Do zadań Przewodniczącego należy w szczególności:

- 1) organizacja oraz prowadzenie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 2) przydzielanie członkom Zespołu Koordynacyjnego obowiązków niezbędnych do prawidłowego wypełniania zadań Zespołu Koordynacyjnego;
- 3) nadzorowanie przestrzegania przez Zespół Koordynacyjny postanowień niniejszego Regulaminu;
- 4) podpisywanie protokołów z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 5) reprezentowanie Zespołu Koordynacyjnego na zewnątrz.

4. W czasie nieobecności Przewodniczącego czynności, o których mowa w ust. 3, wykonuje wyznaczony Zastępca Przewodniczącego.

5. Do zadań Sekretarza należy protokołowanie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego.

6. W posiedzeniach Zespołu Koordynacyjnego mogą brać udział, bez prawa głosu, przedstawiciel Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej "Funduszem", oraz Ministra Zdrowia.

7. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu lekowego, ocena skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego oraz rozstrzyganie o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu lekowego odbywa się zgodnie z opisem świadczenia, określonym w załączniku do obwieszczenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

8. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje<sup>2)</sup> dotyczące kwalifikacji świadczeniobiorców do programu oraz wyłączenia świadczeniobiorców z programu.

9. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje w sposób niezależny, a jego członkowie nie kontaktują się w sprawach pracy Zespołu, w szczególności w zakresie wydawanych opinii, z jakąkolwiek osobą, organizacją, czy instytucją, która mogłaby być zainteresowana bezpośrednio lub pośrednio podejmowanymi przez Zespół Koordynacyjny decyzjami.

---

<sup>2)</sup>Decyzje, o których mowa w niniejszym regulaminie nie są decyzjami administracyjnymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775, z późn. zm.).

10. Decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące leczenia pacjentów oraz inne decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące realizacji programu lekowego są podejmowane na posiedzeniach zwykłą większością głosów, w obecności Przewodniczącego albo w przypadku jego nieobecności - Zastępcy Przewodniczącego. W przypadku oddania równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego, a w przypadku jego nieobecności Zastępcy Przewodniczącego. Dokumenty zawierające decyzje podejmowane przez Zespół Koordynujący, podpisuje Przewodniczący, a w razie nieobecności Przewodniczącego - Zastępca Przewodniczącego. Decyzje dotyczące leczenia pacjentów mogą być podejmowane na zasadach określonych przez Zespół, również z wykorzystaniem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

11. Zespół Koordynacyjny przekazuje do Jednostki Koordynującej informacje o podjętych decyzjach, w celu zawiadomienia przez Jednostkę Koordynującą ośrodka występującego z wnioskiem o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia, kontynuację lub zaprzestanie leczenia.

12. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego odbywają się zgodnie z przyjętym na dany rok harmonogramem. Harmonogram posiedzeń ustala Przewodniczący. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą także odbywać się z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

13. Na wniosek Przewodniczącego Zespołu posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą odbywać się poza terminami wynikającymi z harmonogramu.

14. Posiedzenia odbywają się przy udziale co najmniej połowy członków Zespołu Koordynacyjnego.

15. Z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego sporządza się protokół, który podpisuje Przewodniczący Zespołu albo w przypadku jego nieobecności – Zastępca Przewodniczącego. Protokół jest przekazywany Prezesowi Funduszu oraz Jednostce Koordynującej.

16. Zespół Koordynacyjny jest zobowiązany do składania Prezesowi Funduszu półrocznych raportów z realizacji danego programu lekowego, sporządzanych zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do regulaminu, w terminach odpowiednio do:

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

17. Zespół Koordynacyjny może występować do Ministra Zdrowia w sprawach związanych z realizacją programu lekowego, o których mowa w art. 16b ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.).

18. Każda osoba powołana przez Prezesa Funduszu w skład Zespołu Koordynacyjnego obowiązana jest do zgłoszenia przewodniczącemu Zespołu ewentualnego konfliktu interesów oraz do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które nabyła w związku z udziałem w pracach Zespołu.

19. Obsługę administracyjną oraz prawną Zespołu Koordynacyjnego oraz jego członków zapewnia Jednostka Koordynująca. Do zadań Jednostki Koordynującej należy w szczególności:

- 1) archiwizacja dokumentów;
- 2) przekazywanie korespondencji;
- 3) kontaktowanie się z członkami Zespołu Koordynacyjnego;
- 4) zawiadamianie o spotkaniach oraz informowanie o decyzjach Zespołu Koordynacyjnego ośrodka występującego z wnioskiem o kwalifikację do leczenia, kontynuację i zaprzestanie terapii.

**RAPORT Z REALIZACJI PROGRAMU LEKOWEGO\*****Informacje ogólne:**

1.	Nazwa zespołu	Zespół Koordynacyjny ds. ....
2.	Data sporządzenia	DD-MM-RRRR
3.	Okres sprawozdawczy	DD-MM-RRRR – DD-MM-RRRR

**Przebieg i postęp realizacji zadań zespołu w okresie sprawozdawczym Opis zrealizowanych zadań w okresie sprawozdawczym:**

<b>1.</b>	<b>Liczba posiedzeń Zespołu:</b>	
1.1.	liczba posiedzeń stacjonarnych:	
1.2.	liczba posiedzeń w formule online:	
<b>2.</b>	<b>Liczba omawianych wniosków:</b>	
<b>3.</b>	<b>Liczba zakwalifikowanych do terapii, w tym:</b>	
3.1.	liczba pacjentów pierwszorazowo zakwalifikowanych do terapii:	
3.2.	liczba pacjentów, u których podjęto decyzję o kontynuacji leczenia w programie:	
<b>4.</b>	<b>Liczba wniosków odrzuconych, w tym:</b>	
4.1.	liczba odrzuconych wniosków dla pierwszorazowo zgłoszonych pacjentów:	
4.2.	liczba odrzuconych wniosków o kontynuację leczenia w programie:	
<b>5.</b>	<b>Liczba wniosków o wyłączenie pacjenta z terapii, w tym:</b>	
5.1.	z powodu rezygnacji pacjenta:	
5.2.	inne: (proszę wskazać)	
	1) .....	1) .....
	2) .....	2) .....

**Informacja na temat odrzuconych wniosków:**

<b>1.</b>	<b>Przyczyny odrzucenia wniosków o kwalifikację dla pacjentów pierwszorazowych:</b> - należy podać najczęstsze przyczyny - informacje należy podawać w formie ogólnej
<b>2.</b>	<b>Przyczyny odrzucenia wniosków o kontynuację leczenia pacjentów:</b> - należy podać najczęstsze przyczyny - jeżeli przyczyną było pojawienie się działań niepożądanych proszę o podanie nazwy leku oraz działania niepożądanego wraz z podaniem liczby takich dyskwalifikacji - informacje należy podawać w formie ogólnej

**Dodatkowe informacje na temat realizacji programu lekowego/programów lekowych w tym realizacji dodatkowych zadań przez Zespół Koordynacyjny w okresie sprawozdawczym**

--

## Rekomendacje Zespołu Koordynacyjnego w zakresie proponowanych zmian w programach lekowych

### Informacje nt. skuteczności leczenia pacjentów w programie lekowym - opracowanie na podstawie danych będących w posiadaniu Zespołu Koordynacyjnego\*\*

.....

*data, podpis*

**Przewodniczącego Zespołu**

**WAŻNE!**

*\* Składany do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 16b ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2023 r. poz. 826, z późn. zm.).*

*Uzupełniony raport należy złożyć do Prezesa Funduszu w terminach określonych w regulaminie prac Zespołu, wyłącznie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym poczty elektronicznej, w dwóch egzemplarzach. Jeden z egzemplarzy musi zostać przekazany w formie elektronicznej edytowalnej.*

*\*\* Zespół Koordynacyjny może wystąpić do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o udostępnienie dodatkowych danych niezbędnych do opracowania raportu.*

.....

*data, podpis*

**Kierownika Jednostki Koordynującej**



Załącznik Nr 24 do zarządzenia Nr 76/2024/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 2 sierpnia 2024 r.

## **Regulamin Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka**

1. Zespół Koordynacyjny:

- 1) kwalifikuje świadczeniobiorców do leczenia w ramach programu lekowego "Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka";
- 2) rozstrzyga o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu;
- 3) dokonuje oceny skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego "Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka".

2. Członkowie Zespołu Koordynacyjnego, zwykłą większością głosów, wybierają ze swojego składu Przewodniczącego, jego Zastępców oraz Sekretarza.

3. Do zadań Przewodniczącego należy w szczególności:

- 1) organizacja oraz prowadzenie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 2) przydzielanie członkom Zespołu Koordynacyjnego obowiązków niezbędnych do prawidłowego wypełniania zadań Zespołu Koordynacyjnego;
- 3) nadzorowanie przestrzegania przez Zespół Koordynacyjny postanowień niniejszego Regulaminu;
- 4) podpisywanie protokołów z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego;
- 5) reprezentowanie Zespołu Koordynacyjnego na zewnątrz.

4. W czasie nieobecności Przewodniczącego czynności, o których mowa w ust. 3, wykonuje wyznaczony Zastępca Przewodniczącego.

5. Do zadań Sekretarza należy protokołowanie posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego.

6. W posiedzeniach Zespołu Koordynacyjnego mogą brać udział, bez prawa głosu, przedstawiciel Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej "Funduszem", oraz Ministra Zdrowia.

7. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu lekowego, ocena skuteczności terapii w trakcie trwania programu lekowego oraz rozstrzyganie o wyłączeniu świadczeniobiorców z programu lekowego odbywa się zgodnie z opisem świadczenia, określonym w załączniku do obwieszczenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz zgodnie z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

8. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje<sup>3)</sup> dotyczące kwalifikacji świadczeniobiorców do programu oraz wyłączenia świadczeniobiorców z programu.

9. Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje w sposób niezależny, a jego członkowie nie kontaktują się w sprawach pracy Zespołu, w szczególności w zakresie wydawanych opinii, z jakąkolwiek osobą, organizacją, czy instytucją, która mogłaby być zainteresowana bezpośrednio lub pośrednio podejmowanymi przez Zespół Koordynacyjny decyzjami.

---

<sup>3)</sup>Decyzje, o których mowa w niniejszym regulaminie nie są decyzjami administracyjnymi w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 775, z późn. zm.).

10. Decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące leczenia pacjentów oraz inne decyzje Zespołu Koordynacyjnego dotyczące realizacji programu lekowego są podejmowane na posiedzeniach zwykłą większością głosów, w obecności Przewodniczącego albo w przypadku jego nieobecności - Zastępcy Przewodniczącego. W przypadku oddania równej liczby głosów decyduje głos Przewodniczącego, a w przypadku jego nieobecności Zastępcy Przewodniczącego. Dokumenty zawierające decyzje podejmowane przez Zespół Koordynujący, podpisuje Przewodniczący, a w razie nieobecności Przewodniczącego - Zastępca Przewodniczącego. Decyzje dotyczące leczenia pacjentów mogą być podejmowane na zasadach określonych przez Zespół, również z wykorzystaniem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych.

11. Zespół Koordynacyjny przekazuje do Jednostki Koordynującej informacje o podjętych decyzjach, w celu zawiadomienia przez Jednostkę Koordynującą ośrodka występującego z wnioskiem o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia, kontynuację lub zaprzestanie leczenia.

12. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego odbywają się zgodnie z przyjętym na dany rok harmonogramem. Harmonogram posiedzeń ustala Przewodniczący. Posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą także odbywać się z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość.

13. Na wniosek Przewodniczącego Zespołu posiedzenia Zespołu Koordynacyjnego mogą odbywać się poza terminami wynikającymi z harmonogramu.

14. Posiedzenia odbywają się przy udziale co najmniej połowy członków Zespołu Koordynacyjnego.

15. Z posiedzeń Zespołu Koordynacyjnego sporządza się protokół, który podpisuje Przewodniczący Zespołu albo w przypadku jego nieobecności – Zastępca Przewodniczącego. Protokół jest przekazywany Prezesowi Funduszu oraz Jednostce Koordynującej.

16. Zespół Koordynacyjny jest zobowiązany do składania Prezesowi Funduszu półrocznych raportów z realizacji danego programu lekowego, sporządzanych zgodnie ze wzorem określonym w załączniku do regulaminu, w terminach odpowiednio do:

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

17. Zespół Koordynacyjny może występować do Ministra Zdrowia w sprawach związanych z realizacją programu lekowego, o których mowa w art. 16b ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826, z późn. zm.).

18. Każda osoba powołana przez Prezesa Funduszu w skład Zespołu Koordynacyjnego obowiązana jest do zgłoszenia przewodniczącemu Zespołu ewentualnego konfliktu interesów oraz do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, które nabyła w związku z udziałem w pracach Zespołu.

19. Obsługę administracyjną oraz prawną Zespołu Koordynacyjnego oraz jego członków zapewnia Jednostka Koordynująca. Do zadań Jednostki Koordynującej należy w szczególności:

- 1) archiwizacja dokumentów;
- 2) przekazywanie korespondencji;
- 3) kontaktowanie się z członkami Zespołu Koordynacyjnego;
- 4) zawiadamianie o spotkaniach oraz informowanie o decyzjach Zespołu Koordynacyjnego ośrodka występującego z wnioskiem o kwalifikację do leczenia, kontynuację i zaprzestanie terapii.

**RAPORT Z REALIZACJI PROGRAMU LEKOWEGO\*****Informacje ogólne:**

1.	Nazwa zespołu	Zespół Koordynacyjny ds. ....
2.	Data sporządzenia	DD-MM-RRRR
3.	Okres sprawozdawczy	DD-MM-RRRR – DD-MM-RRRR

**Przebieg i postępowanie realizacji zadań zespołu w okresie sprawozdawczym Opis zrealizowanych zadań w okresie sprawozdawczym:**

<b>1.</b>	<b>Liczba posiedzeń Zespołu:</b>	
1.1.	liczba posiedzeń stacjonarnych:	
1.2.	liczba posiedzeń w formule online:	
<b>2.</b>	<b>Liczba omawianych wniosków:</b>	
<b>3.</b>	<b>Liczba zakwalifikowanych do terapii, w tym:</b>	
3.1.	liczba pacjentów pierwszorazowo zakwalifikowanych do terapii:	
3.2.	liczba pacjentów, u których podjęto decyzję o kontynuacji leczenia w programie:	
<b>4.</b>	<b>Liczba wniosków odrzuconych, w tym:</b>	
4.1.	liczba odrzuconych wniosków dla pierwszorazowo zgłoszonych pacjentów:	
4.2.	liczba odrzuconych wniosków o kontynuację leczenia w programie:	
<b>5.</b>	<b>Liczba wniosków o wyłączenie pacjenta z terapii, w tym:</b>	
5.1.	z powodu rezygnacji pacjenta:	
5.2.	inne: (proszę wskazać)	
	1) .....	1) .....
	2) .....	2) .....

**Informacja na temat odrzuconych wniosków:**

<b>1.</b>	<b>Przyczyny odrzucenia wniosków o kwalifikację dla pacjentów pierwszorazowych:</b> - należy podać najczęstsze przyczyny - informacje należy podawać w formie ogólnej
<b>2.</b>	<b>Przyczyny odrzucenia wniosków o kontynuację leczenia pacjentów:</b> - należy podać najczęstsze przyczyny - jeżeli przyczyną było pojawienie się działań niepożądanych proszę o podanie nazwy leku oraz działania niepożądanego wraz z podaniem liczby takich dyskwalifikacji - informacje należy podawać w formie ogólnej

**Dodatkowe informacje na temat realizacji programu lekowego/programów lekowych w tym realizacji dodatkowych zadań przez Zespół Koordynacyjny w okresie sprawozdawczym**

--

## Rekomendacje Zespołu Koordynacyjnego w zakresie proponowanych zmian w programach lekowych

### Informacje nt. skuteczności leczenia pacjentów w programie lekowym - opracowanie na podstawie danych będących w posiadaniu Zespołu Koordynacyjnego\*\*

.....

*data, podpis*

**Przewodniczącego Zespołu**

**WAŻNE!**

\* Składany do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 16b ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2023 r. poz. 826, z późn. zm.).

Uzupełniony raport należy złożyć do Prezesa Funduszu w terminach określonych w regulaminie prac Zespołu, wyłącznie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym poczty elektronicznej, w dwóch egzemplarzach. Jeden z egzemplarzy musi zostać przekazany w formie elektronicznej edytowalnej.

\*\* Zespół Koordynacyjny może wystąpić do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z wnioskiem o udostępnienie dodatkowych danych niezbędnych do opracowania raportu.

.....

*data, podpis*

**Kierownika Jednostki Koordynującej**

## 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 2024 r. poz. 146) 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.

Postanowieniami zarządzenia wprowadza się zmiany w zarządzeniu Nr 175/2023/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2023 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe (z późn. zm.), dostosowujące do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2024 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 44), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930, z późn. zm.).

Najważniejsze zmiany dotyczą:

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

- a) 03.0000.460.02 Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej,
- b) 03.0000.461.02 Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS),
- c) 03.0000.462.02 Leczenie pacjentów z kardiomiopatią,
- d) 03.0000.463.02 Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

2) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego *Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych* i polegają na:

a) zmianie nazwy świadczenia o kodzie:

- 5.08.08.0000102 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (polatuzumab, tafasytamab, ibrutynib) – 1 rok leczenia,

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

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

b) dodaniu świadczeń o kodach:

- 5.08.08.0000259 Diagnostyka w programie leczenia pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej (romosozumab),

- 5.08.08.0000260 Diagnostyka w programie leczenia chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS) – 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000261 Diagnostyka w programie leczenia chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS) – 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000262 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis) – 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000263 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis) – 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000264 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (mawakamten) – 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000265 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (mawakamten) – 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000266 Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka błony naczyniowej oka – 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000267 Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka błony naczyniowej oka – 2 i kolejny rok terapii,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,

c) zmianie wartości punktowej świadczenia o kodzie 5.08.08.0000049 Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z zespołem Turnera z 324,48 na 663,05, w związku z korespondencją Konsultanta Krajowego w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej;

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

a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000096 Ranibizumabum,

- 5.08.09.0000212 Dupilumabum,

b) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000018 Etanerceptum,

- 5.08.09.0000023 Factor VIII coagulationis humanus recombinate,

- 5.08.09.0000056 Somatropinum,

- 5.08.09.0000060 Tenofovirum disoproxilum,

- 5.08.09.0000072 Tocilizumabum,

- 5.08.09.0000111 Peginterferonum beta-1a,

- 5.08.09.0000154 Pomalidomidum,

- 5.08.09.0000205 Lanadelumabum,

c) usunięciu substancji czynnych i kodów GTIN:

- 5.08.09.0000124 Elbasvirum, grazoprevirum,

- 5.08.09.0000130 Pixantroni dimaleas,

d) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:

- 5.08.09.0000298 Emicizumabum,

- 5.08.09.0000299 Mavacamtenum,

- 5.08.09.0000300 Mogamulizumabum,

- 5.08.09.0000301 Mosunetuzumabum,

- 5.08.09.0000302 Romosozumabum,

- 5.08.09.0000303 Tafamidisum,

- 5.08.09.0000304 Tebentafuspum,

- 5.08.09.0000305 Foslevodopum + Foscarbidopum,

e) usunięciu oznaczenia substancji czynnej o kodzie: 5.08.09.0000207 Tisagenlecleucelum oraz substancji czynnej o kodzie 5.08.09.0000226 Axicabtagene ciloleucel, stosowanych w programie lekowym B.12.FM Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe, jako technologie lekowe o wysokiej wartości klinicznej,

f) usunięciu oznaczenia substancji czynnej 5.08.09.0000134 Radium dichloridum Ra223, jako substancji finansowanej na podstawie art. 37b ustawy o refundacji,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

4) załącznika nr 2t do zarządzenia, określającego *Katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych* i polegają na dodaniu świadczeń o kodach:

a) 5.08.07.0000113 - peginterferonum alfa-2a - inj. - 135 mcg/0,5 ml,

b) 5.08.07.0000114 - peginterferonum alfa-2a - inj. - 180 mcg/0,5 ml,

c) 5.08.07.0000115 - peginterferonum alfa-2a - inj. - 90 mcg/0,5 ml,

- w związku z pismami Ministra Zdrowia znak: PLR.4504.121.2024.SK z dnia 3 lipca 2024 r. oraz PLR.4504.132.2024.SK z dnia 25 lipca 2024 r.;

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

a) zmianie wymagań dla programów:

- B.6. Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej,

- B.56. Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego,

b) dodaniu wymagań dla programów:

- B.160. Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej,

- B.161. Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS),

- B.162. Leczenie pacjentów z kardiomiopatią,

- B.163.FM. Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,

c) zmianie wymagań dla programu lekowego B.108.FM Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy w części *organizacja udzielania świadczeń*, w związku z uwagą Mazowieckiego OW NFZ,

d) zmianie wymagań dla programu lekowego B.158.FM Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B w części *organizacja udzielania świadczeń*, w związku z pismem Lubelskiego OW NFZ;

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

a) dodaniu substancji czynnych:

- mosunetuzumab w programie lekowym B.12.FM. Leczenie chorych na chłoniaki B – komórkowe,

- emicizumab w programie lekowym B.15. Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B,

- mogamulizumab w programie lekowym B.66. Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną,

- foslewodopa + foskarbidopa w programie lekowym B.90. Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona,

b) usunięciu substancji czynnych:

- elbaswir + grazoprewir w programie lekowym B.71. Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C,

- piksantron w programie lekowym B.12.FM. Leczenie chorych na chłoniaki B – komórkowe,

c) dodaniu programów lekowych:

- B.160. Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej,

- B.161. Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS),

- B.162. Leczenie pacjentów z kardiomiopatią,

- B.163.FM. Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka,

d) usunięciu oznaczenia substancji czynnej dichlorek radu Ra223, jako substancji finansowanej na podstawie art. 37b ustawy o refundacji,

e) usunięciu oznaczenia substancji czynnej o kodzie: 5.08.09.0000207 Tisagenlecleucelum oraz substancji czynnej o kodzie 5.08.09.0000226 Axicabtagene ciloleucel, stosowanych w programie lekowym B.12.FM Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe, jako technologie lekowe o wysokiej wartości klinicznej,

f) zmianie rozpoznania w programie lekowym B.153. Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego z G40.4.na G40,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

7) załącznika nr 7 do zarządzenia, określającego *Kartę włączenia świadczeniobiorcy do programu lekowego* i polegają na doprecyzowaniu zapisów odnoszących się do przetwarzania danych osobowych;

8) załączników nr 9, 10, 15, 19 do zarządzenia, określających zakresy działania Zespołów Koordynacyjnych i polegają na doprecyzowaniu zapisów odnoszących się do przetwarzania danych osobowych;

9) załączników nr 14, 16 i 24 do zarządzenia, określających zakresy działania Zespołów Koordynacyjnych i polegają na dodaniu wzorów wniosków dotyczących kwalifikacji pacjentów do programów lekowych, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

10) załącznika nr 32 i 34a do zarządzenia, określających zakresy działania zespołów koordynacyjnych, w związku z możliwością kwalifikacji pacjentów do programów B.138.FM oraz B.155 z wykorzystaniem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych;

11) załącznika nr 41 do zarządzenia, określającego *Powołanie Zespołu Koordynacyjnego do spraw Stosowania Hormonu Wzrostu*, w związku z wnioskiem Przewodniczącego Zespołu Koordynacyjnego;

12) załącznika nr 42 do zarządzenia, określającego *Powołanie Zespołu Koordynacyjnego do spraw kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B*, w związku z decyzją podjętą przez Zespół Koordynacyjny;

13) dodaniu załączników nr 34b i 34c do zarządzenia, określających odpowiednio:

a) Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia kardiomiopatii oraz weryfikację jego skuteczności,

b) Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia czerniaka błony naczyniowej oka oraz weryfikację jego skuteczności,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

14) dodaniu załączników nr 60b i 60c do zarządzenia, określających odpowiednio:

a) Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii,

b) Powołanie Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

15) dodaniu załączników nr 88 i 89 do zarządzenia, określających odpowiednio:

a) Regulamin Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii,

b) Regulamin Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.



W okresie od 1 do 15 lipca 2024 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia zmieniającego zarządzenie 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 53 podmioty, przy czym 11 podmiotów przekazało informację o braku uwag do projektu zarządzenia oraz 2 podmioty wniosły uwagi po wyznaczonym terminie.

Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą:

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

a) B.108.FM Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy w części *organizacja udzielania świadczeń* poprzez dodanie komórki organizacyjnej o kodzie 1241, w związku z uwagą Mazowieckiego OW NFZ,

b) B.160 Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej:

- w części *organizacja udzielania świadczeń* dodane zostały komórki organizacyjne o kodach: 1030, 1580 i 4580, w związku z uwagami Konsultanta Krajowego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych, Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, Przychodni Centrum Z.O.Z Sp. z o.o. oraz Przychodni „Stary Źródł” w Wałbrzychu,

- w części *lekarze* uwzględnione zostały specjalności lekarskie zgodnie z wymaganym personelem dla poradni specjalistycznej realizującej świadczenia z zakresu leczenia osteoporozy, określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w związku z uwagami Konsultanta Krajowego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ośrodka Nasz Lekarz Przychodnie Medyczne Sp. z o.o., Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Lech Investment Sp. Z o.o., Polskich Klinik Osteoporozy Sp. z o.o., Centrum Kompleksowej Rehabilitacji Sp. z o.o., Przychodni Centrum Z.O.Z Sp. z o.o., Śląskiego Centrum Reumatologii, Ortopedii i Rehabilitacji w Ustroniu Sp. z o. o., Euromedica Sp. z o.o., dr n.med. Artura Grodzkiego, Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku oraz Przychodni „Stary Źródł” w Wałbrzychu,

2) załącznika 34b do zarządzenia, określającego *Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia pacjentów z kardiomiopatią oraz weryfikację jej skuteczności* i polegają na zmianie zapisu dotyczącego wykonywania echokardiografii wysiłkowej przy kwalifikacji pacjenta do programu, w związku z uwagami Polskiego Towarzystwa Koderów Medycznych, Pani prof. dr hab. n. med. Agnieszki Pawlak i Pani dr hab. med. Zofii Oko-Sarnowskiej.