Załączniki do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia…
(Dz.U. poz. ….)

Załącznik nr 1

Załącznik nr 5

KARTA KWALIFIKACJI
DO NIEINWAZYJNEJ WENTYLACJI MECHANICZNEJ (NWM)
W WARUNKACH DOMOWYCH

dla świadczeniobiorców dorosłych[1)]

Imię i nazwisko		**PESEL / data urodzenia**	
Rozpoznanie główne (ICD-10)[2)]		**Rozpoznania współistniejące (ICD-10)**	
Oddział szpitalny		**Data kwalifikacji**	
Lekarz kwalifikujący (imię i nazwisko, specjalizacja)		**Numer Prawa Wykonywania Zawodu**	

GRUPA 1. Choroby obturacyjne dróg oddechowych

Należy udokumentować wariant kwalifikacji. Zaostrzenie oznacza nagłe pogorszenie stanu zdrowia – wystąpienie co najmniej jednego z objawów: nasilenie duszności, nasilenie kaszlu, zmiana ilości i charakteru wykrztuszanej plwociny, tachypnoe, tachykardia – wymagające antybiotykoterapii lub podania steroidu dożylnie albo doustnie.

Wariant	Kryteria kliniczne	Parametry kwalifikacyjne	Ocena
A. Stabilny okres choroby	1) co najmniej 3 miesiące bez zaostrzenia oraz 2) objawy hipowentylacji pęcherzykowej, oraz 3) utrzymująca się hiperkapnia w czasie czuwania w gazometrii krwi tętniczej lub arterializowanej krwi włośniczkowej w dwóch pomiarach w odstępie 1–3 miesięcy.	Spełniony jeden z wariantów: 1) $PaCO_2$ ≥55 mmHg podczas tlenoterapii (jeśli jest wymagana) tak, aby PaO_2 wynosiło 60–70 mmHg, albo 2) $PaCO_2$ ≥50 mmHg w czasie czuwania oraz wzrost $PtcCO_2$ podczas snu o ≥10 mmHg względem okresu czuwania, utrzymujący się nieprzerwanie ≥10 minut.	☐ spełnia ☐ nie spełnia ☐ nie dotyczy
B. W okresie od 2 do 4 tygodni po zakończeniu hospitalizacji z powodu zaostrzenia i osiągnięciu stabilności klinicznej	1) przebyte zaostrzenie wymagające hospitalizacji oraz 2) podczas hospitalizacji stosowano NWM z powodu kwasicy oddechowej, oraz 3) utrzymująca się hiperkapnia w czasie czuwania w gazometrii krwi tętniczej lub arterializowanej krwi włośniczkowej, w okresie 2–4 tygodni po zakończeniu leczenia szpitalnego.	$PaCO_2$ ≥55 mmHg podczas tlenoterapii (jeśli jest wymagana) tak, aby PaO_2 wynosiło 60–70 mmHg.	☐ spełnia ☐ nie spełnia ☐ nie dotyczy
C. Bezpośrednio po zaostrzeniu	1) hospitalizacja z powodu zaostrzenia przebiegającego z kwasicą oddechową, podczas którego stosowano NWM łącznie przez co najmniej 7 dni, oraz 2) nasilenie niewydolności oddechowej podczas próby odstąpienia od NWM, oraz 3) po wyrównaniu kwasicy oddechowej utrzymująca się hiperkapnia w czasie czuwania w gazometrii krwi tętniczej lub arterializowanej krwi włośniczkowej, pomimo	$PaCO_2$ ≥55 mmHg podczas tlenoterapii (jeśli jest wymagana) tak, aby PaO_2 wynosiło 60–70 mmHg.	☐ spełnia ☐ nie spełnia ☐ nie dotyczy

[1)] Karta dotyczy świadczeniobiorcy z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagającego nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (NWM) prowadzonej przez maskę albo ustnik, niewymagającego hospitalizacji ani pobytu w zakładzie udzielającym całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, wymagającego nadzoru lekarza, pielęgnacji i rehabilitacji leczniczej.

[2)] Należy wskazać rozpoznanie z następujących grup chorób:1) choroby obturacyjne dróg oddechowych, 2) choroby restrykcyjne płuc i klatki piersiowej, 3) zespół hipowentylacji otyłych (ZHO), 4) choroby ośrodkowego układu nerwowego i nerwowo-mięśniowe.

	stosowania NWM do czasu wypisu ze szpitala.		

Uwagi / wyniki badań: .....

GRUPA 2. Choroby restrykcyjne płuc i klatki piersiowej

Należy udokumentować wariant kwalifikacji.

Wariant	Kryteria kliniczne	Parametry kwalifikacyjne	Ocena
A. Stabilny okres choroby	1) objawy hipowentylacji pęcherzykowej oraz 2) utrzymująca się hiperkapnia w czasie czuwania w gazometrii krwi tętniczej lub arterializowanej krwi włośniczkowej w dwóch pomiarach w odstępie 1–3 miesięcy.	Spełniony jeden z wariantów: 1) $PaCO_2$ >45 mmHg podczas tlenoterapii (jeśli jest wymagana) tak, aby PaO_2 wynosiło 60–70 mmHg albo 2) $PaCO_2$ ≤45 mmHg w czasie czuwania oraz wzrost $PtcCO_2$ podczas snu o ≥10 mmHg względem czuwania, do wartości >50 mmHg, nieprzerwanie przez ≥10 minut.	☐ spełnia ☐ nie spełnia ☐ nie dotyczy
B. Zaostrzenie w ostatnich 12 miesiącach	Co najmniej jeden epizod zaostrzenia przewlekłej niewydolności oddechowej w ostatnich 12 miesiącach, przebiegający z kwasicą oddechową przy współistnieniu zmniejszenia rezerw wentylacyjnych płuc.	VC (FVC) <50% wartości należnej lub TLC <70% wartości należnej.	☐ spełnia ☐ nie spełnia ☐ nie dotyczy

Uwagi / wyniki badań: .....

GRUPA 3. Zespół hipowentylacji otyłych (ZHO)

Należy udokumentować wariant kwalifikacji. Kwalifikacja wymaga łącznego spełnienia warunków wspólnych oraz jednego z wariantów A1, A2 albo B.

Wariant	Kryteria kliniczne	Parametry kwalifikacyjne	Ocena
Warunki wspólne	1) zespół hipowentylacji otyłych; wykluczono inne choroby będące przyczyną hipowentylacji oraz 2) utrzymująca się hiperkapnia w okresie czuwania w gazometrii krwi tętniczej lub arterializowanej krwi włośniczkowej w dwóch pomiarach w odstępie 1–3 miesięcy.	BMI >30 kg/m² oraz $PaCO_2$ >45 mmHg.	☐ spełnia ☐ nie spełnia ☐ nie dotyczy
A1. Stan stabilny	Stan stabilny.	AHI <15/godzinę snu.	☐ spełnia ☐ nie spełnia ☐ nie dotyczy
A2. Stan stabilny po nieskutecznej tarapii cPAP	1) co najmniej 3 miesiące leczenia metodą cPAP oraz 2) stosowanie ciśnienia cPAP ≥ 15 cmH_2O, oraz 3) wymagane wykluczenie istotnych niezamierzonych przecieków, oraz 4) nieskuteczność leczenia cPAP.	AHI ≥15/godzinę snu oraz spełniony jeden wariant: 1) $PaCO_2$>48 mmHg w czasie czuwania w gazometrii krwi tętniczej lub arterializowanej krwi włośniczkowej podczas oddychania powietrzem atmosferycznym albo 2) desaturacja (T90 >10% czasu snu) w całonocnej pulsoksymetrii podczas terapii cPAP niezależnie od dziennej wartości $PaCO_2$, albo 3) wzrost $PtcCO_2$ podczas snu o ≥10 mmHg do >50 mmHg, nieprzerwanie przez ≥10 minut podczas terapii cPAP.	☐ spełnia ☐ nie spełnia ☐ nie dotyczy
B. Bezpośrednio po zaostrzeniu	1) hospitalizacja z powodu zaostrzenia przebiegającego z kwasicą oddechową, podczas którego stosowano NWM łącznie przez co najmniej 7 dni oraz 2) nasilenie niewydolności oddechowej podczas próby odstąpienia od NWM i zastosowania cPAP, oraz 3) po wyrównaniu kwasicy oddechowej utrzymująca się hiperkapnia w czasie czuwania, w gazometrii krwi tętniczej lub arterializowanej krwi włośniczkowej, pomimo	$PaCO_2$ ≥55 mmHg w czasie czuwania w gazometrii krwi tętniczej lub arterializowanej krwi włośniczkowej podczas tlenoterapii (jeśli jest wymagana) tak, aby PaO_2 wynosiło 60–70 mmHg.	☐ spełnia ☐ nie spełnia ☐ nie dotyczy

	stosowania NWM do czasu wypisu ze szpitala.		

Uwagi / wyniki badań: .....

GRUPA 4. Choroby ośrodkowego układu nerwowego i nerwowo-mięśniowe

Należy udokumentować wariant kwalifikacji.

Wariant	Kryteria kliniczne	Parametry kwalifikacyjne	Ocena
A. Stabilny okres choroby	1) objawy hipowentylacji pęcherzykowej oraz 2) utrzymująca się hiperkapnia w czasie czuwania, w gazometrii krwi tętniczej lub arterializowanej krwi włośniczkowej.	Spełniony jeden z wariantów: 1) $PaCO_2$ >45 mmHg albo 2) $PaCO_2$ ≤45 mmHg w czasie czuwania i wzrost $PtcCO_2$ podczas snu o ≥10 mmHg względem czuwania, do >50 mmHg, nieprzerwanie przez ≥10 minut oraz co najmniej jedno z kryteriów: – FVC <50% w.n. (w SLA <70% w.n.); – MIP <60 cmH_2O; – SNIP <40 cmH_2O; – w szybko postępującej chorobie, w tym SLA objawy wysiłku oddechowego, ortopnoe lub duszność w pozycji leżącej	☐ spełnia ☐ nie spełnia ☐ nie dotyczy
B. Hospitalizacja z powodu zaostrzenia	Hospitalizacja z powodu zaostrzenia przebiegającego z kwasicą oddechową.	Kwalifikacja niezależnie od pozostałych wyników badań.	☐ spełnia ☐ nie spełnia ☐ nie dotyczy

Uwagi / wyniki badań: .....

ZASADY DODATKOWE I WERYFIKACJA

Zagadnienie	Wymaganie	Potwierdzenie
Diagnostyka zaburzeń oddychania podczas snu	1) w grupie 1 w wariantach A i B oraz w grupie 2 w wariancie A wykonuje się diagnostykę zaburzeń oddychania podczas snu zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc, 2) jeżeli AHI ≥30/godz. snu, przed skierowaniem do NWM ocenia się skuteczność cPAP; skuteczność oznacza AHI <15/godz. podczas terapii cPAP z zastosowaniem optymalnych wartości ciśnień, oraz: – T90<10% czasu snu w całonocnej pulsoksymetrii i – brak wzrostu $PtcCO_2$ podczas snu o ≥10 mmHg do >50 mmHg, nieprzerwanie przez ≥10 minut podczas terapii cPAP.	☐ wykonano ☐ nie dotyczy
Weryfikacja po 3-6 miesiącach - obturacja	W grupie 1 w wariantach B i C wymagane jest ponowne sprawdzenie wskazań na oddziale szpitalnym według kryteriów stabilnego okresu choroby albo zmiana terapii na domowe leczenie tlenem (jeśli wymagane).	☐ wykonano ☐ nie dotyczy
Weryfikacja po 3-6 miesiącach - ZHO	W grupie 3 w wariancie B wymagane jest ponowne sprawdzenie wskazań na oddziale szpitalnym według kryteriów stanu stabilnego albo zmiana terapii na cPAP.	☐ wykonano ☐ nie dotyczy
Redukcja masy ciała w ZHO	Redukcja masy ciała >25% wymaga ponownej oceny wskazań do NWM w szpitalu według kryteriów stanu stabilnego, a przy ich niespełnieniu – oceny wskazań do cPAP.	☐ wykonano ☐ nie dotyczy

KWALIFIKACJA DO TLENOTERAPII W RAMACH NWM

Wymagane jest spełnienie jednego z kryteriów klinicznych wymienionych poniżej.

Kryterium	Ocena
PaO_2 ≤55 mmHg	☐ tak ☐ nie
PaO_2 56–60 mmHg oraz radiologiczne lub echokardiograficzne cechy nadciśnienia płucnego lub poliglobulia (Ht >55%)	☐ tak ☐ nie
SpO_2 <90% przez co najmniej 10% czasu snu (T90 >10%), przy AHI <15/godz. snu, w całonocnej pulsoksymetrii	☐ tak ☐ nie

KWALIFIKACJA DO STOSOWANIA URZĄDZENIA DO MECHANICZNEGO WSPOMAGANIA KASZLU

Dotyczy świadczeniobiorcy z chorobą nerwowo-mięśniową. Wymagane jest spełnienie co najmniej 2 z 3 kryteriów wymienionych poniżej.

Kryterium	Ocena
Subiektywne trudności z wykrztuszaniem	☐ tak ☐ nie
PCF <270 l/minutę	☐ tak ☐ nie
Brak możliwości uzyskania efektywnego kaszlu innymi metodami	☐ tak ☐ nie

PODSUMOWANIE KWALIFIKACJI

Grupa chorobowa	☐ 1 choroby obturacyjne dróg oddechowych ☐ 2 choroby restrykcyjne płuc i klatki piersiowej ☐ 3 zespół hipowentylacji otyłych (ZHO) ☐ 4 choroby ośrodkowego układu nerwowego i nerwowo-mięśniowe	**Wariant**	
Wynik kwalifikacji	☐ kwalifikuje się do NWM ☐ nie kwalifikuje się do NWM	**Tlenoterapia**	☐ tak ☐ nie
Wspomaganie kaszlu	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	**Weryfikacja**	☐ 3-6 miesięcy ☐ inny termin ☐ nie dotyczy

Uzasadnienie decyzji / najważniejsze wyniki badań:

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis lekarza kwalifikującego: .....