ZARZĄDZENIE NR 110/2026/DGL
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 6 listopada 2026 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 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.[1)]) 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 2026 r. poz. 253 i 791) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu nr 75/2026/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lipca 2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe (z późn. zm.[2)]), wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 25 dodaje się ust. 13-16 w brzmieniu:

„13. W przypadku realizacji programu "Eliminacja toksycznego stężenia metotreksatu w osoczu u dorosłych i dzieci" rozliczenie świadczenia z katalogu ryczałtów o kodzie 5.08.08.0000364 dokonywane jest jednorazowo po zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia w tym programie.

14. Do rozliczania dodatkowych kosztów diagnostyki patomorfologicznej, finansowanych w ramach dedykowanego produktu 5.08.13.0000010 określonego w załączniku nr 2l do zarządzenia, uprawnieni są świadczeniodawcy posiadający certyfikat akredytacyjny, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692), w zakresie działalności jednostki diagnostyki patomorfologicznej, będącej jednostką organizacyjną świadczeniodawcy.

15. Do rozliczania świadczeń, o których mowa w ust. 14, dopuszcza się świadczeniodawców, którzy uzyskali ocenę niezbędną do uznania spełnienia standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 75) na poziomie minimum 75% możliwej do uzyskania liczby punktów w projekcie PO WER pn. "Wsparcie procesu poprawy jakości w patomorfologii poprzez wdrożenie standardów akredytacyjnych oraz wzmocnienie kompetencji kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi", przez okres czterech lat od daty wydania przez Ministra Zdrowia Certyfikatu uczestnictwa w tym projekcie.

16. Podstawą finansowania dodatkowych kosztów diagnostyki patomorfologicznej, o których mowa w ust. 14 jest przekazanie przez świadczeniodawcę do właściwego oddziału Funduszu certyfikatów, o których mowa w ust. 14 i 15.”;

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

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

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

5) załącznik nr 2l do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;

[1)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1083, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203, 791, 972, 986 i 1007.

[2)] Zmienionym zarządzeniem nr 96/2026/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 września 2026 r.

6) załącznik nr 2t do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia;

7) załącznik nr 3 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 6 do niniejszego zarządzenia;

8) załącznik nr 4 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 7 do niniejszego zarządzenia;

9) załącznik nr 5 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 8 do niniejszego zarządzenia;

10) załącznik nr 10 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 9 do niniejszego zarządzenia;

11) załącznik nr 13 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 10 do niniejszego zarządzenia;

12) uchyla się załącznik nr 29 do zarządzenia;

13) załącznik nr 34 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 11 do niniejszego zarządzenia;

14) załącznik nr 38 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 12 do niniejszego zarządzenia;

15) załącznik nr 47 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 13 do niniejszego zarządzenia;

16) uchyla się załącznik nr 60 do zarządzenia;

17) uchyla się załącznik nr 91 do 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 października 2026 r., z wyjątkiem:

1) § 25 ust. 14-16, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lipca 2026 r.;

2) załącznika nr 2l do zarządzenia w zakresie:

a) lp. 6 kol. 6-7, 15, 34 i 41,

b) lp. 10 kol. 46,

c) lp. 22-23 kol. 12, 16, 23, 28, 30 i 40,

d) lp. 28-29 kol. 40,

e) lp. 31 kol. 15,

f) lp. 37 kol. 6 i 12,

g) lp. 38 kol. 6,

h) lp. 42 kol. 8,

i) lp. 55-57 kol. 4-9, 11-16, 22-25, 28-30, 33-35, 38 i 42-43,

j) lp. 58-60 kol. 30,

k) lp. 61-62 kol. 12, 16, 23, 28 i 30,

l) lp. 66 kol. 16, 23, 28 i 30,

- które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lipca 2026 r.;

3) załącznika nr 2t do zarządzenia w zakresie:

a) lp. 6, którą stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 4 września 2026 r.,

b) lp. 10, którą stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 28 lipca 2026 r.;

4) załącznika nr 5 do zarządzenia w zakresie lp. 4-9, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 listopada 2026 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/

Załącznik nr 1 do zarządzenia nr 110/2026/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 6 listopada 2026 r.

Katalog świadczeń i zakresów – leczenie szpitalne – programy lekowe

kod świadczenia			5.08.07.0000001	5.08.07.0000002	5.08.07.0000003	5.08.07.0000024	5.08.07.0000025	5.08.07.0000004	5.08.07.0000018	5.08.07.0000026	5.08.07.0000023	5.08.07.0000009	5.08.07.0000027	5.08.07.0000029	5.08.07.0000030
nazwa świadczenia			hospitalizacja związana z wykonaniem programu	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu	hospitalizacja związana z podaniem nusinersenu w znieczuleniu ogólnym i pod kontrolą tomografii komputerowej	hospitalizacja związana z podaniem nusinersenu w znieczuleniu ogólnym lub pod kontrolą tomografii komputerowej	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym połączone z podaniem iniekcji doszklistkowej w programie lekowym	przyjęcie pacjenta 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			497,90*	551,94*	486,72	911,18*	689,85*	108,16	378,56	324,48	338	koszt świadczenia zawarty w wycenie koncentratu czynnika krzepnięcia/leku	378,56	378,56	745,79
Lp	Kod zakresu	Nazwa zakresu	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
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 l ub raka dróg żółciowych	x		x			x							
4	03.0000.306.02	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	x		x			x							
5	03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi	x		x			x							
6	03.0000.310.02	Leczenie pacjentów z rakiem nerki	x		x			x							
7	03.0000.312.02	Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe	x		x			x			X				
8	03.0000.314.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową	x		x			x							
9	03.0000.315.02	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B		x	x			x			X	x			
10	03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	x	x	x			x							
11	03.0000.318.02	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej		x	x			x							

		patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego												
12	03.0000.319.02	Leczenie niskorosłych dzieci osób z somatotropinową niedoczynnością przysadki w okresie wzrastania	x	x	x			x			X				
13	03.0000.320.00	Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	x	x	x			x			X				
14	03.0000.321.02	Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	x	x	x			x			X				
15	03.0000.322.02	Leczenie pacjentów z chorobą Pompego	x	x	x			x			X				
16	03.0000.323.02	Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III	x	x	x			x			X				
17	03.0000.324.02	Leczenie choroby Hurler	x	x	x			x			X				
18	03.0000.325.02	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)	x	x	x			x			X				
19	03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	x	x	x			x							
20	03.0000.328.02	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	x	x	x			x							
21	03.0000.329.02	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane	x	x	x			x		x					
22	03.0000.330.02	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A		x	x			x					x		
23	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)	x	x	x			x							
24	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	x	x	x			x							
25	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów		x	x			x		x	x				
26	03.0000.335.02	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)			x			x		x	X				
27	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)			x			x		x	X				
28	03.0000.337.02	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek	x	x	x			x							
29	03.0000.338.02	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą niewydolnością chorobą nerek (PNNPCHN)	x	x	x			x			X				

30	03.0000.339.02	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami	x	x	x			x							
31	03.0000.340.02	Profilaktyka zakażeń wirusem RS		x	x			x							
32	03.0000.341.02	Leczenie zespołu Prader - Willi	x	x	x			x			X				
33	03.0000.342.02	Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)	x	x	x			x			X				
34	03.0000.344.02	Leczenie chorych z ciężką postacią astmy	x	x	x			x							
35	03.0000.347.02	Leczenie chorych z umiarkowaną i ciężką postacią łuszczycay plackowatej	x	x	x			x		x	X				
36	03.0000.350.02	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej	x		x			x							
37	03.0000.352.02	Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi lub nowotworem złośliwym części nosowej gardła	x		x			x							
38	03.0000.354.02	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego	x		x			x							
39	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	x	x	x			x							
40	03.0000.356.02	Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego	x		x			x							
41	03.0000.357.02	Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A	x		x			x					x		
42	03.0000.358.02	Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka	x		x			x							
43	03.0000.359.02	Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych	x	x	x			x							
44	03.0000.361.02	Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną	x	x	x			x			X				
45	03.0000.362.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych			x			x							
46	03.0000.364.02	Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)	x	x	x			x			X				
47	03.0000.365.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną	x	x	x			x			X				
48	03.0000.366.02	Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe	x	x	x			x							
49	03.0000.367.02	Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych	x	x	x			x							
50	03.0000.370.02	Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki						x	x		X				
51	03.0000.371.02	Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe	x	x	x			x							

		zapalenie wątroby typu C													
52	03.0000.373.02	Leczenie pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza	x	x	x			x							
53	03.0000.374.02	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	x		x			x							
54	03.0000.375.02	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń	x	x	x			x			X				
55	03.0000.376.02	Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)	x	x	x			x			X				
56	03.0000.377.02	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina	x	x	x			x							
57	03.0000.379.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową	x		x			x							
58	03.0000.381.02	Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)	x		x			x							
59	03.0000.382.02	Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK			x			x		x	X				
60	03.0000.385.02	Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki	x		x			x							
61	03.0000.386.02	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	x	x	x			x			X				
62	03.0000.387.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc	x		x			x							
63	03.0000.388.02	Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry	x		x			x			X				
64	03.0000.390.02	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona	x		x			x			X				
65	03.0000.395.02	Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)	x	x	x			x			X				
66	03.0000.396.02	Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)	x	x	x			x			X				
67	03.0000.397.02	Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	x		x			x							
68	03.0000.398.02	Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną		x	x			x							
69	03.0000.399.02	Leczenie akromegalii			x			x							
70	03.0000.401.02	Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi			x			x							
71	03.0000.402.02	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni	x	x	x	x	x	x			X				
72	03.0000.404.02	Leczenie choroby Fabry'ego	x	x	x			x			X				

73	03.0000.405.02	Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)						x	x		X				
74	03.0000.406.02	Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV	x	x	x			x							
75	03.0000.407.02	Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną			x			x							
76	03.0000.408.02	Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy	x	x	x			x							
77	03.0000.409.02	Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	x	x	x			x			X				
78	03.0000.410.02	Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym		x	x			x			x				
79	03.0000.411.02	Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania	x	x	x			x			X				
80	03.0000.412.02	Leczenie chorych na mukowiscydozę	x	x	x			x							
81	03.0000.413.02	Leczenie pacjentów z chorobami nerek						x							
82	03.0000.414.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową	x	x	x			x							
83	03.0000.415.02	Leczenie chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej	x		x			x							
84	03.0000.417.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem	x		x			x							
85	03.0000.418.02	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga			x			x							
86	03.0000.419.02	Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy	x		x			x							
87	03.0000.421.02	Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona			x			x			X				
88	03.0000.422.02	Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	x	x	x			x			X				
89	03.0000.423.02	Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona						x			X				
90	03.0000.424.02	Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry			x			x							
91	03.0000.425.02	Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry	x		x			x			X				
92	03.0000.426.02	Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą						x							

		postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek													
93	03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną	x		x			x							
94	03.0000.428.02	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat	x	x	x			x			X				
95	03.0000.429.02	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1	x	x	x			x			X				
96	03.0000.431.02	Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana	x		x			x							
97	03.0000.432.02	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							
98	03.0000.433.02	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą			x			x						x	
99	03.0000.435.02	Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc			x			x		x	X				
100	03.0000.436.02	Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)	x	x				x							
101	03.0000.438.02	Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)	x	x	x			x			X				
102	03.0000.439.02	Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków	x		x			x							x
103	03.0000.440.02	Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego	x	x	x			x			X				
104	03.0000.441.02	Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym	x		x			x							
105	03.0000.442.02	Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji	x		x			x							
106	03.0000.443.02	Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową	x	x	x			x			X				
107	03.0000.444.02	Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla	x	x	x			x			X				

		neurotrofin (NTRK)													
108	03.0000.445.02	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)	x		x			x							
109	03.0000.446.02	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma	x		x			x							
110	03.0000.447.02	Leczenie chorych na depresję lekooporną						x							
111	03.0000.448.02	Leczenie chorych na raka endometrium	x		x			x							
112	03.0000.449.02	Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi	x	x	x			x							
113	03.0000.450.02	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE)	x	x	x			x		x	X				
114	03.0000.451.02	Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)		x	x			x			X				
115	03.0000.452.02	Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)						x							
116	03.0000.453.02	Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego			x			x							
117	03.0000.454.02	Leczenie pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet			x			x			X				
118	03.0000.455.02	Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)	x	x	x			x			X				
119	03.0000.456.02	Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa			x			x							
120	03.0000.457.02	Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii	x		x			x							
121	03.0000.458.02	Leczenie chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B	x	x	x			x			X				
122	03.0000.459.02	Leczenie chorych na raka szyjki macicy	x		x			x							
123	03.0000.460.02	Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej	x		x			x							
124	03.0000.461.02	Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)		x	x			x							
125	03.0000.462.02	Leczenie pacjentów z kardiomiopatią	x		x			x			X				
126	03.0000.463.02	Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka	x		x			x			X				
127	03.0000.464.02	Leczenie pacjentów z zakrzepową plamicą małopłytkową	x	x	x			x							
12	03.0000.465.0	Leczenie chorych z	x	x	x			x			X				

8	2	objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)													
129	03.0000.466.02	Leczenie pacjentów z achondroplazją	x	x	x			x			X				
130	03.0000.467.02	Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z biallelliczną mutacją genu RPE65	x	x	x			x			X				
131	03.0000.468.02	Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV)	x		x			x							
132	03.0000.469.02	Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)	x		x			x			X				
133	03.0000.470.02	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	x		x			x			X				
134	03.0000.471.02	Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA	x		x			x							
135	03.0000.472.02	Leczenie chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST)	x		x			x							
136	03.0000.473.02	Leczenie chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego			x			x							
137	03.0000.474.02	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha			x			x			X				
138	03.0000.475.02	Leczenie chorych z zespołem Alagille’a			x			x							
139	03.0000.476.02	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne	x		x			x							
140	03.0000.477.02	Leczenie dzieci i młodzieży chorych na glejaka			x			x							
141	03.0000.478.02	Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego			x			x							
142	03.0000.479.02	Leczenie pacjentów chorych na zapalenie rogówki wywołane przez Acanthamoeba						x			x				
143	03.0000.480.02	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a	x	x	x			x							
144	03.0000.481.02	Eliminacja toksycznego stężenia metotreksatu w osoczu u dorosłych i dzieci	x	x	x			x							
145	03.0000.482.02	Leczenie pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau	x		x			x							
146	03.0000.483.02	Leczenie pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych (PBC)	x		x			x							
Uwagi			- za osobodzień;	- za osobodzień;	- za osobodzień;	- za osobodzień;	- za osobodzień;	- nie można łączyć ze	- nie można łączyć ze	- rozliczane raz na 3 miesiące (-	- nie można łączyć ze	- można łączyć ze	- nie można łączyć ze	- nie można łączyć ze	- nie można łączyć ze

	- 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;	- nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e;	świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e;	świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e;	14 dni) u pacjentów, u których po kompleksowej ocenie stanu zdrowia możliwe jest wyznaczenie kolejnego terminu wizyty za 3 m-ce; - w okresie 3 miesięcy (-14 dni) od daty sprawozdania świadczenia o kodzie 5.08.07.0000026 nie dopuszcza się możliwości rozliczenia świadczenia o kodzie 5.08.07.0000001, 5.08.07.0000002, 5.08.07.0000003, 5.08.07.0000004; - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e;	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 tisagenlecleucelem albo aksykabtagenem cyloleucelu albo breksukabtagenem autoleucelu albo lizokabtagenem maraleucelu przez zespół koordynacyjny;	świadczeniami z *Katalogu leków refundowanych stosowanych w programach lekowych* w zakresie koncentratów czynników krzepnięcia/ leku; - nie można łączyć ze świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e;	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;	świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e;	świadczeniami rozliczanymi w zał. nr 1a, 1b, 1e;

* wycena ustalona w raporcie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie ustalenia taryfy świadczeń: świadczenia gwarantowane obejmujące implementację standardu żywienia w podmiotach leczniczych dla wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach lecznictwa szpitalnego z dnia 11 grudnia 2025 r. znak: DAiR.521.4.2025.

Załącznik nr 2 do zarządzenia nr 110/2026/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 6 listopada 2026 r.

Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Kod świadczenia	Nazwa świadczenia	Ryczałt roczny (punkty)	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1	03.0000.301.02	5.08.08.0000001	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B lamiwudyną	2 595,84	
2	03.0000.301.02	5.08.08.0000002	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B interferonem alfa pegylowanym	3 731,52	
3	03.0000.301.02	5.08.08.0000004	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłe WZW typu B entekawirem lub tenofowirem	2 433,60	
4	03.0000.304.02	5.08.08.0000114	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jelita grubego	1 205,12	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
5	03.0000.305.02	5.08.08.0000009	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem, kabozantynib, niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem, durwalumab w skojarzeniu z tremelimumabem)	909,93	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
6	03.0000.305.02	5.08.08.0000271	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (durwalumab, pemigatynib) - 1 rok terapii	934,24	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
7	03.0000.305.02	5.08.08.0000272	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych (durwalumab, pemigatynib) - 2 i kolejny rok terapii	388,80	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
8	03.0000.306.02	5.08.08.0000011	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej	558,71	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
9	03.0000.309.02	5.08.08.0000014	Diagnostyka w programie leczenia przerzutowego HER2+ raka piersi	1 403,94	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
10	03.0000.309.02	5.08.08.0000015	Diagnostyka w programie leczenia neoadjuwantowego lub adjuwantowego HER2+ raka piersi	2 151,96	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
11	03.0000.309.02	5.08.08.0000131	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem rybocyklibu lub abemacyklibu lub alpelisybu lub talazoparybu lub tukatynibu lub pembrolizumabu lub olaparybu lub kapiwasertybu w przypadku przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi	963,96	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]

12	03.0000.309.02	5.08.08.0000184	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem sacytuzumabu gowitekanu	2 431,49	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
13	03.0000.309.02	5.08.08.0000229	Diagnostyka w leczeniu uzupełniającym wczesnego raka piersi olaparybem	1 170,33	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
14	03.0000.309.02	5.08.08.0000230	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem trastuzumabu derukstekanu	1 820,14	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
15	03.0000.309.02	5.08.08.0000286	Diagnostyka w programie leczenia chorych na wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi abemacyklibem lub rybocyklibem - 1 rok terapii	900,20	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
16	03.0000.309.02	5.08.08.0000287	Diagnostyka w programie leczenia chorych na wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi abemacyklibem lub rybocyklibem - 2 i kolejny rok terapii	460,42	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
17	03.0000.310.02	5.08.08.0000016	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem nerki	992,29	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
18	03.0000.312.02	5.08.08.0000102	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (polatuzumab, tafasytamab, ibrutynib, epkorytamab, glofitamab, zanubrutynib, lonkastuksymab) – 1 rok leczenia	557,40	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
19	03.0000.312.02	5.08.08.0000115	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab, mosunetuzumab) – 1 rok terapii	909,40	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
20	03.0000.312.02	5.08.08.0000116	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki B-komórkowe (obinutuzumab, mosunetuzumab, tafasytamab, ibrutynib, epkorytamab, glofitamab, zanubrutynib, lonkastuksymab) – 2 i kolejny rok terapii	448,29	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
21	03.0000.312.02	5.08.08.0000174	Diagnostyka w programie leczenia chorych na chłoniaki z dużych komórek B aksykabtagenem cyloleucelu albo tisagenlecleucelem albo breksukabtagenem autoleucelu albo lizokabtagenem maraleucelu – monitorowanie terapii	1 000,51	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
22	03.0000.314.02	5.08.08.0000020	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę szpikową	4 560,40	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
23	03.0000.315.02	5.08.08.0000021	Diagnostyka w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B – lokalne centra leczenia hemofilii	3 244,80	
24	03.0000.315.02	5.08.08.0000022	Diagnostyka w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B – regionalne centra leczenia hemofilii	5 408,00	
25	03.0000.317.02	5.08.08.0000024	Diagnostyka w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności u dzieci	2 633,70	
26	03.0000.318.02	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	
27	03.0000.319.02	5.08.08.0000026	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych osób z somatotropinową niedoczynnością przysadki w okresie wzrastania – 1 rok terapii	1 654,00	

28	03.0000.319.02	5.08.08.0000175	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych osób z somatotropinową niedoczynnością przysadki w okresie wzrastania - 2 i kolejny rok terapii	658,00	
29	03.0000.320.02	5.08.08.0000027	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1	1 081,60	
30	03.0000.321.02	5.08.08.0000028	Diagnostyka w programie leczenia ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii	3 352,96	
31	03.0000.322.02	5.08.08.0000029	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Pompego	1 973,92	
32	03.0000.323.02	5.08.08.0000302	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III – 1 rok terapii	2 747,12	
33	03.0000.323.02	5.08.08.0000303	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III – 2 i kolejny rok terapii	1 089,88	
34	03.0000.324.02	5.08.08.0000031	Diagnostyka w programie leczenia choroby Hurlera	1 297,92	
35	03.0000.325.02	5.08.08.0000032	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z mukopolisacharydozą typu II	2 487,68	
36	03.0000.327.02	5.08.08.0000333	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (tobramycyna) - 1 rok terapii	636,00	
37	03.0000.327.02	5.08.08.0000334	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (tobramycyna) - 2 i kolejny rok terapii	233,00	
38	03.0000.327.02	5.08.08.0000335	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (lewofloksacyna) - 1 rok terapii	312,00	
39	03.0000.327.02	5.08.08.0000336	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (lewofloksacyna) - 2 i kolejny rok terapii	156,00	
40	03.0000.328.02	5.08.08.0000035	Diagnostyka w programie leczenia dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy	324,48	
41	03.0000.329.02	5.08.08.0000036	Diagnostyka w programie leczenia chorych na stwardnienie rozsiane	1 671,00	
42	03.0000.331.02	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	5 840,64	
43	03.0000.332.02	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	2 920,32	
44	03.0000.333.02	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	778,75	
45	03.0000.335.02	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	778,75	
46	03.0000.336.02	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	778,75	
47	03.0000.337.02	5.08.08.0000046	Diagnostyka w programie leczenia niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek	324,48	
48	03.0000.338.02	5.08.08.0000350	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z przewlekłą chorobą nerek (PCHN) hormonem wzrostu – 1 rok terapii	1 541,00	
49	03.0000.338.02	5.08.08.0000351	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z przewlekłą chorobą nerek (PCHN) hormonem wzrostu – 2 i kolejny rok terapii	1 108,00	
50	03.0000.341.02	5.08.08.0000048	Diagnostyka w programie leczenia zespołu Prader – Willi	1 135,68	
51	03.0000.342.02	5.08.08.0000049	Diagnostyka w programie leczenia niskorosłych dzieci z zespołem Turnera	663,05	
52	03.0000.344.02	5.08.08.0000051	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią astmy	984,80	

53	03.0000.347.02	5.08.08.0000352	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycą (dotyczy łuszczycy plackowatej i zapobiegania zaostrzeniom uogólnionej łuszczycy krostkowej) – 1 rok terapii	658,00	
54	03.0000.347.02	5.08.08.0000353	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycą (dotyczy łuszczycy plackowatej i zapobiegania zaostrzeniom uogólnionej łuszczycy krostkowej) – 2 i kolejny rok terapii	150,00	
55	03.0000.347.02	5.08.08.0000354	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycą (dotyczy leczenia zaostrzeń uogólnionej łuszczycy krostkowej)	329,00	Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 25 ust. 12 zarządzenia
56	03.0000.350.02	5.08.08.0000117	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 1 rok terapii	615,19	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
57	03.0000.350.02	5.08.08.0000118	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – 2 i kolejne lata terapii	559,25	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
58	03.0000.350.02	5.08.08.0000337	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – mirwetuksymab sorawtanzyna – 1 rok terapii	1 951,00	
59	03.0000.350.02	5.08.08.0000338	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej – mirwetuksymab sorawtanzyna – 2 i kolejne lata terapii	1 376,00	
60	03.0000.352.02	5.08.08.0000133	Diagnostyka w programie leczenia chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi lub nowotworem złośliwym części nosowej gardła	1 042,84	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
61	03.0000.354.02	5.08.08.0000061	Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytowego – 1 rok terapii	1 357,75	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
62	03.0000.354.02	5.08.08.0000195	Diagnostyka w programie leczenia chorych na szpiczaka plazmocytowego – 2 i kolejny rok terapii	1 043,72	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
63	03.0000.355.02	5.08.08.0000062	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) – 1 rok terapii	1 882,26	
64	03.0000.355.02	5.08.08.0000200	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) – 2 i kolejny rok terapii	1 095,26	
65	03.0000.356.02	5.08.08.0000063	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka gruczołu krokowego	154,90	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
66	03.0000.358.02	5.08.08.0000185	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego gruczolakoraka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego ramucyrumabem lub triflurydyną z typiracylem	2 526,21	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
67	03.0000.358.02	5.08.08.0000186	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka przełyku pembrolizumabem	671,79	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
68	03.0000.358.02	5.08.08.0000223	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka niwolumabem	556,99	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]

69	03.0000.358.02	5.08.08.0000317	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego gruczolakoraka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego - trastuzumab derukstekan - 1 rok terapii	1 768,60	
70	03.0000.358.02	5.08.08.0000318	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego gruczolakoraka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego - trastuzumab derukstekan - 2 i kolejny rok terapii	1 560,60	
71	03.0000.358.02	5.08.08.0000339	Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 1 rok terapii	1 107,00	
72	03.0000.358.02	5.08.08.0000340	Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 2 rok terapii	824,00	
73	03.0000.358.02	5.08.08.0000341	Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w monoterapii – 1 rok terapii	1 519,00	
74	03.0000.358.02	5.08.08.0000342	Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w monoterapii – 2 i kolejny rok terapii	1 442,00	
75	03.0000.358.02	5.08.08.0000343	Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią, pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 1 rok terapii	1 250,20	
76	03.0000.358.02	5.08.08.0000344	Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią, pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 2 rok terapii	907,20	
77	03.0000.358.02	5.08.08.0000358	Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – pembrolizumab w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią – 1 rok terapii	1 260,60	
78	03.0000.358.02	5.08.08.0000359	Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – pembrolizumab w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią – 2 rok terapii	915,52	
79	03.0000.358.02	5.08.08.0000360	Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – zolbetuksymab w skojarzeniu z chemioterapią – 1 rok terapii	875,20	
80	03.0000.358.02	5.08.08.0000361	Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – zolbetuksymab w skojarzeniu z chemioterapią – 2 i kolejny rok terapii	607,20	
81	03.0000.359.02	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	907,21	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
82	03.0000.359.02	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	1 196,56	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
83	03.0000.359.02	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	692,64	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
84	03.0000.359.02	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	988,07	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
85	03.0000.359.02	5.08.08.0000288	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem w terapii uzupełniającej po resekcji czerniaka w stadium IIB/IIC	907,21	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
86	03.0000.359.02	5.08.08.0000319	Diagnostyka w programie leczenia czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem w leczeniu przedoperacyjnym - 1 rok terapii	852,00	
87	03.0000.361.02	5.08.08.0000069	Diagnostyka w programie leczenia chorych na cystynozę nefropatyczną	4 056,00	
88	03.0000.362.02	5.08.08.0000070	Diagnostyka w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów	2 633,70	

			dorosłych		
89	03.0000.364.02	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	
90	03.0000.365.02	5.08.08.0000073	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną (ponatynib, blinatumomab, inotuzumab ozogamycyny)	3 309,62	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
91	03.0000.365.02	5.08.08.0000161	Diagnostyka w programie lekowym leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną – monitorowanie terapii tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu	9 969,95	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
92	03.0000.366.02	5.08.08.0000074	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotnie skórne chłoniaki T-komórkowe	721,61	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
93	03.0000.366.02	5.08.08.0000196	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL)	576,55	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
94	03.0000.367.02	5.08.08.0000075	Diagnostyka w programie leczenia immunoglobulinami chorób neurologicznych	1 406,08	
95	03.0000.370.02	5.08.08.0000154	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - AMD – kwalifikacja	409,00	Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 25 ust. 11 zarządzenia
96	03.0000.370.02	5.08.08.0000155	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - AMD – monitorowanie	205,00	Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 25 ust. 11 zarządzenia
97	03.0000.370.02	5.08.08.0000156	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - DME – kwalifikacja	409,00	Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 25 ust. 11 zarządzenia
98	03.0000.370.02	5.08.08.0000157	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - DME – monitorowanie	249,00	Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 25 ust. 11 zarządzenia
99	03.0000.370.02	5.08.08.0000289	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - RVO – kwalifikacja	409,00	Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 25 ust. 11 zarządzenia
100	03.0000.370.02	5.08.08.0000290	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami siatkówki - RVO – monitorowanie	249,00	Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 25 ust. 11 zarządzenia
101	03.0000.371.02	5.08.08.0000079	Diagnostyka w programie leczenia terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	1 514,24	
102	03.0000.373.02	5.08.08.0000282	Diagnostyka leczenia pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (toksyna botulinowa) - 1 rok terapii	768,00	
103	03.0000.373.02	5.08.08.0000283	Diagnostyka leczenia pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (toksyna botulinowa) - 2 i kolejny rok terapii	452,00	
104	03.0000.373.02	5.08.08.0000284	Diagnostyka leczenia pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (chlorowodorek oksybutyniny) - 1 rok terapii	452,00	
105	03.0000.373.02	5.08.08.0000285	Diagnostyka leczenia pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (chlorowodorek oksybutyniny) - 2 i kolejny rok terapii	226,00	

106	03.0000.374.02	5.08.08.0000082	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)	5 137,60	
107	03.0000.375.02	5.08.08.0000273	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (rytuksymab)	786,60	
108	03.0000.375.02	5.08.08.0000274	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (rytuksymab)	456,00	
109	03.0000.375.02	5.08.08.0000275	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (tocilizumab)	383,60	
110	03.0000.375.02	5.08.08.0000276	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (tocilizumab)	150,00	
111	03.0000.375.02	5.08.08.0000291	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 1 rok terapii (mepolizumab i benralizumab)	801,00	
112	03.0000.375.02	5.08.08.0000292	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (mepolizumab i benralizumab)	774,40	
113	03.0000.375.02	5.08.08.0000304	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - awakopan w skojarzeniu z rytuksymabem	846,30	stosuje się do rozliczania świadczeń udzielonych do 12 sierpnia 2026 r.
114	03.0000.375.02	5.08.08.0000305	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - awakopan w skojarzeniu z cyklofosfamidem	708,60	stosuje się do rozliczania świadczeń udzielonych do 12 sierpnia 2026 r.
115	03.0000.376.02	5.08.08.0000084	Diagnostyka w programie leczenia tyrozynemii typu 1 (HT-1)	4 542,72	
116	03.0000.377.02	5.08.08.0000085	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina brentuksymabem	510,68	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
117	03.0000.377.02	5.08.08.0000110	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 1 rok terapii	306,73	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
118	03.0000.377.02	5.08.08.0000197	Diagnostyka w programie leczenia chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina niwolumabem – 2 i kolejny rok terapii	270,13	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
119	03.0000.379.02	5.08.08.0000127	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 1 rok terapii	2 325,98	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
120	03.0000.379.02	5.08.08.0000128	Diagnostyka w programie leczenia chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową – 2 i kolejny rok terapii	569,74	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
121	03.0000.381.02	5.08.08.0000121	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) – 1 rok terapii	483,76	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
122	03.0000.381.02	5.08.08.0000122	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) – 2 i kolejny rok terapii	350,93	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
123	03.0000.381.02	5.08.08.0000320	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) momelotynibem w leczeniu chorych PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF - 1 rok terapii	699,00	

124	03.0000.381.02	5.08.08.0000321	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-) momelotynibem w leczeniu chorych PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF - 2 rok terapii	266,00	
125	03.0000.382.02	5.08.08.0000092	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (certolizumab, etanercept, iksekizumab, sekukinumab, bimekizumab) – 1 rok terapii	1 060,00	
126	03.0000.382.02	5.08.08.0000243	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (certolizumab, etanercept, iksekizumab, sekukinumab, bimekizumab) – 2 i kolejny rok terapii	150,00	
127	03.0000.382.02	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	
128	03.0000.382.02	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	
129	03.0000.385.02	5.08.08.0000187	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów gruczolakorakiem trzustki olaparybem	652,12	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
130	03.0000.386.02	5.08.08.0000095	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi	1 375,80	
131	03.0000.387.02	5.08.08.0000096	Diagnostyka w programie leczenia idiopatycznego włóknienia płuc	1 676,48	
132	03.0000.388.02	5.08.08.0000097	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry	651,46	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
133	03.0000.390.02	5.08.08.0000099	Diagnostyka w programie leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona – 1 rok leczenia	1 066,40	
134	03.0000.390.02	5.08.08.0000201	Diagnostyka w programie leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona - 2 i kolejny rok terapii	307,00	
135	03.0000.395.02	5.08.08.0000104	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) – 1 rok terapii - ekulizumab	6 021,33	
136	03.0000.395.02	5.08.08.0000105	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) - 2 i kolejny rok terapii - ekulizumab	1 997,33	
137	03.0000.395.02	5.08.08.0000212	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) – 1 rok terapii - rawulizumab	4 516,33	
138	03.0000.395.02	5.08.08.0000213	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS) – 2 rok terapii - rawulizumab	1 290,00	
139	03.0000.396.02	5.08.08.0000106	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – ekulizumab, danikopan z ekulizumabem	4 083,00	
140	03.0000.396.02	5.08.08.0000214	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 1 rok terapii - rawulizumab, krowalimab, iptakopan	4 083,00	
141	03.0000.396.02	5.08.08.0000215	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok terapii - rawulizumab, krowalimab	1 661,00	
142	03.0000.396.02	5.08.08.0000300	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 1 rok terapii - pegcetakoplan	3 008,50	
143	03.0000.396.02	5.08.08.0000301	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok	1 661,00	

			terapii - pegcetakoplan		
144	03.0000.396.02	5.08.08.0000322	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 1 rok terapii - danikopan z rawulizumabem	2 357,00	
145	03.0000.396.02	5.08.08.0000323	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok terapii - danikopan z rawulizumabem	1 731,00	
146	03.0000.396.02	5.08.08.0000345	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nocną napadową hemoglobinurią – 2 i kolejny rok terapii - iptakopan	2 564,00	
147	03.0000.397.02	5.08.08.0000107	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 718,00	
148	03.0000.398.02	5.08.08.0000108	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną	1 395,00	
149	03.0000.399.02	5.08.08.0000109	Diagnostyka w programie leczenia akromegalii	2 388,00	
150	03.0000.401.02	5.08.08.0000124	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi alirokumabem, ewolokumabem lub inklisiranem	100,00	
151	03.0000.401.02	5.08.08.0000216	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zaburzeniami lipidowymi lomitapidem – 1 rok terapii	1 043,00	
152	03.0000.401.02	5.08.08.0000217	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zaburzeniami lipidowymi lomitapidem – 2 i kolejny rok terapii	358,00	
153	03.0000.401.02	5.08.08.0000246	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi ewolokumabem – 1 rok terapii	225,00	
154	03.0000.401.02	5.08.08.0000247	Diagnostyka w programie leczenia pediatrycznych pacjentów z zaburzeniami lipidowymi ewolokumabem – 2 i kolejny rok terapii	150,00	
155	03.0000.402.02	5.08.08.0000125	Diagnostyka w programie leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 1 rok terapii	1 200,00	
156	03.0000.402.02	5.08.08.0000126	Diagnostyka w programie leczenia chorych na rdzeniowy zanik mięśni – 2 i kolejny rok terapii	600,00	
157	03.0000.404.02	5.08.08.0000129	Diagnostyka w programie leczenia choroby Fabry’ego	2 493,00	
158	03.0000.405.02	5.08.08.0000130	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) adalimumabem	2 574,00	
159	03.0000.405.02	5.08.08.0000218	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) deksametazonem – 1 rok terapii	854,00	
160	03.0000.405.02	5.08.08.0000219	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN) deksametazonem – 2 rok terapii	427,00	
161	03.0000.406.02	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	
162	03.0000.407.02	5.08.08.0000135	Diagnostyka w programie leczenia chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną	375,00	
163	03.0000.408.02	5.08.08.0000136	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy wandetanibem – 1 rok terapii	1 066,07	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
164	03.0000.408.02	5.08.08.0000220	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy wandetanibem – 2 i kolejny rok terapii	687,36	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]

165	03.0000.408.02	5.08.08.0000221	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy selperkatynibem – 1 rok terapii	1 174,26	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
166	03.0000.408.02	5.08.08.0000222	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy selperkatynibem – 2 i kolejny rok terapii	681,60	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
167	03.0000.409.02	5.08.08.0000138	Diagnostyka w programie leczenia uzupełniającego L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych	492,00	
168	03.0000.410.02	5.08.08.0000140	Diagnostyka w programie leczenia dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym	3 998,48	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
169	03.0000.411.02	5.08.08.0000141	Diagnostyka w programie leczenia ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania – 1 rok terapii	963,00	
170	03.0000.411.02	5.08.08.0000142	Diagnostyka w programie leczenia ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania – 2 i kolejny rok terapii	337,50	
171	03.0000.412.02	5.08.08.0000143	Diagnostyka w programie leczenia chorych na mukowiscydozę - 1 rok terapii	918,00	
172	03.0000.412.02	5.08.08.0000248	Diagnostyka w programie leczenia chorych na mukowiscydozę - 2 i kolejny rok terapii	252,00	
173	03.0000.413.02	5.08.08.0000306	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami nerek - 1 rok terapii	525,00	
174	03.0000.413.02	5.08.08.0000307	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobami nerek - 2 i kolejny rok terapii	375,00	
175	03.0000.414.02	5.08.08.0000145	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (midostauryna, gemtuzumab ozogamycyny, wenetoklaks, gliterytynib, iwosydenib)	1 627,13	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
176	03.0000.414.02	5.08.08.0000205	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (azacytydyna) – 1 rok terapii	127,66	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
177	03.0000.414.02	5.08.08.0000206	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ostrą białaczkę szpikową (azacytydyna) – 2 i kolejny rok terapii	119,27	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
178	03.0000.415.02	5.08.08.0000146	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej – 1 rok terapii	1 855,50	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
179	03.0000.415.02	5.08.08.0000147	Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej – 2 i kolejny rok terapii	674,27	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
180	03.0000.417.02	5.08.08.0000149	Diagnostyka w programie leczenia raka z komórek Merkla awelumabem	1 240,12	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
181	03.0000.418.02	5.08.08.0000150	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Cushinga – 1 rok terapii	2 981,00	
182	03.0000.418.02	5.08.08.0000151	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Cushinga – 2 i kolejny rok terapii	1 595,50	
183	03.0000.419.02	5.08.08.0000233	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 1-3 rok terapii (kabozatynib)	1 399,07	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]

184	03.0000.419.02	5.08.08.0000234	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy – 4 i kolejny rok terapii (kabozatynib)	1 150,72	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
185	03.0000.421.02	5.08.08.0000162	Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 1 rok terapii	1 552,80	
186	03.0000.421.02	5.08.08.0000163	Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 2 i kolejny rok terapii	341,00	
187	03.0000.422.02	5.08.08.0000158	Diagnostyka w programie leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu	375,00	
188	03.0000.423.02	5.08.08.0000159	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 1 rok terapii	1 572,50	
189	03.0000.423.02	5.08.08.0000160	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Wilsona - 2 i kolejny rok terapii	568,50	
190	03.0000.424.02	5.08.08.0000164	Diagnostyka w programie leczenia chorych z atopowym zapaleniem skóry	358,00	
191	03.0000.425.02	5.08.08.0000165	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry	1 610,16	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
192	03.0000.426.02	5.08.08.0000166	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek	974,60	
193	03.0000.427.02	5.08.08.0000167	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 1 rok terapii	7 548,53	
194	03.0000.427.02	5.08.08.0000168	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną – 2 i kolejny rok terapii	3 124,51	
195	03.0000.428.02	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	
196	03.0000.428.02	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	
197	03.0000.429.02	5.08.08.0000171	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 - 1 rok terapii	1 040,00	
198	03.0000.429.02	5.08.08.0000172	Diagnostyka w programie leczenia chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1 – 2 i kolejny rok terapii	832,00	
199	03.0000.431.02	5.08.08.0000176	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana – 1 rok terapii	1 263,52	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
200	03.0000.431.02	5.08.08.0000177	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana – 2 i kolejny rok terapii	304,86	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
201	03.0000.432.02	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	1 057,79	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
202	03.0000.435.02	5.08.08.0000181	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc nintedanibem – 1 rok terapii	1 458,00	
203	03.0000.435.02	5.08.08.0000182	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc nintedanibem – 2 i kolejny rok terapii	831,00	
204	03.0000.435.02	5.08.08.0000324	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc rytuksymabem – 1 rok terapii	1 543,00	

205	03.0000.435.02	5.08.08.0000325	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc rytuksymabem – 2 i kolejny rok terapii	914,00	
206	03.0000.435.02	5.08.08.0000326	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc tocilizumabem – 1 rok terapii	1 618,00	
207	03.0000.435.02	5.08.08.0000327	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc tocilizumabem – 2 i kolejny rok terapii	914,00	
208	03.0000.438.02	5.08.08.0000188	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD) – 1 rok terapii	2 331,70	
209	03.0000.438.02	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	
210	03.0000.439.02	5.08.08.0000190	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków – cały cykl terapii (dotyczy 4 infuzji)	472,81	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
211	03.0000.440.02	5.08.08.0000191	Diagnostyka w programie leczenia wspomagającego zaburzeń cyku mocznikowego – 1 rok terapii	1 502,02	
212	03.0000.440.02	5.08.08.0000192	Diagnostyka w programie leczenia wspomagającego zaburzeń cyklu mocznikowego – 2 i kolejny rok terapii	354,00	
213	03.0000.441.02	5.08.08.0000193	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 1 rok terapii	720,13	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
214	03.0000.441.02	5.08.08.0000194	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym – 2 i kolejny rok terapii	508,19	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
215	03.0000.441.02	5.08.08.0000308	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym (erdafitynib) – 1 rok terapii	1 176,20	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
216	03.0000.441.02	5.08.08.0000309	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z rakiem urotelialnym (erdafitynib) – 2 i kolejny rok terapii	903,39	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
217	03.0000.442.02	5.08.08.0000198	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji – 1 rok terapii	1 492,02	
218	03.0000.442.02	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	
219	03.0000.443.02	5.08.08.0000202	Diagnostyka w programie leczenia kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową	1 649,50	
220	03.0000.444.02	5.08.08.0000203	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) – 1 rok leczenia	1 400,20	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
221	03.0000.444.02	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	1 314,95	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
222	03.0000.445.02	5.08.08.0000207	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) - 1 rok terapii	2 800,57	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]

223	03.0000.445.02	5.08.08.0000208	Diagnostyka w programie leczenia chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL) – 2 rok terapii	2 040,40	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
224	03.0000.446.02	5.08.08.0000209	Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma - 1 rok terapii	699,49	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
225	03.0000.446.02	5.08.08.0000210	Diagnostyka w programie leczenia chorych na makroglobulinemię Waldenströma – 2 i kolejny rok terapii	460,84	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
226	03.0000.447.02	5.08.08.0000211	Diagnostyka w programie leczenia chorych na depresję lekooporną	177,00	
227	03.0000.448.02	5.08.08.0000225	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka endometrium – 1 rok terapii	917,39	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
228	03.0000.448.02	5.08.08.0000226	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka endometrium – 2 i kolejny rok terapii	460,99	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
229	03.0000.449.02	5.08.08.0000224	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi	2 601,22	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
230	03.0000.450.02	5.08.08.0000227	Diagnostyka w programie leczenia chorych z toczniem rumieniowatym układowym – 1 rok terapii	1 426,00	
231	03.0000.450.02	5.08.08.0000228	Diagnostyka w programie leczenia chorych z toczniem rumieniowatym układowym – 2 i kolejny rok terapii	566,00	
232	03.0000.451.02	5.08.08.0000231	Diagnostyka w programie leczenia chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH) – 1 rok terapii	825,00	
233	03.0000.451.02	5.08.08.0000232	Diagnostyka w programie leczenia chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH) – 2 i kolejny rok terapii	375,00	
234	03.0000.452.02	5.08.08.0000239	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC) – 1 rok terapii	705,60	
235	03.0000.452.02	5.08.08.0000240	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC) – 2 i kolejny rok terapii	540,00	
236	03.0000.453.02	5.08.08.0000235	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego	375,00	
237	03.0000.454.02	5.08.08.0000236	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet	375,00	
238	03.0000.455.02	5.08.08.0000293	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1) - 1 rok terapii	674,97	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
239	03.0000.455.02	5.08.08.0000294	Diagnostyka w programie leczenia chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1) - 2 i kolejny rok terapii	453,22	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
240	03.0000.456.02	5.08.08.0000257	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa - 1 rok terapii	888,00	
241	03.0000.456.02	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	

242	03.0000.457.02	5.08.08.0000249	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastenii (rytuksymab) – 1 rok terapii	2 025,00	
243	03.0000.457.02	5.08.08.0000250	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastenii (rytuksymab) – 2 i kolejny rok terapii	610,00	
244	03.0000.457.02	5.08.08.0000251	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastenii (efgartigimod alfa) – 1 rok terapii	975,00	
245	03.0000.457.02	5.08.08.0000252	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastenii (efgartigimod alfa) – 2 i kolejny rok terapii	900,00	
246	03.0000.457.02	5.08.08.0000279	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastenii (rawulizumab) – 1 rok terapii	600,00	
247	03.0000.457.02	5.08.08.0000280	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastenii (rawulizumab) – 2 i kolejny rok terapii	450,00	
248	03.0000.457.02	5.08.08.0000355	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastenii (rozanoliksyzumab) – 1 rok terapii	600,00	
249	03.0000.457.02	5.08.08.0000356	Diagnostyka w programie leczenia chorych z uogólnioną postacią miastenii (rozanoliksyzumab) – 2 i kolejny rok terapii	675,00	
250	03.0000.458.02	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	
251	03.0000.458.02	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	
252	03.0000.459.02	5.08.08.0000255	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka szyjki macicy – pembrolizumab i cemiplimab - 1 rok terapii	1 350,54	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
253	03.0000.459.02	5.08.08.0000256	Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka szyjki macicy – pembrolizumab i cemiplimab - 2 i kolejny rok terapii	1 266,90	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
254	03.0000.459.02	5.08.08.0000328	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowo zdiagnozowanego, miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy - pembrolizumab - 1 rok terapii	956,00	
255	03.0000.459.02	5.08.08.0000329	Diagnostyka w programie leczenia chorych na nowo zdiagnozowanego, miejscowo zaawansowanego raka szyjki macicy - pembrolizumab - 2 rok terapii	675,00	
256	03.0000.460.02	5.08.08.0000259	Diagnostyka w programie leczenia pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej (romosozumab)	463,00	
257	03.0000.461.02	5.08.08.0000260	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS) – 1 rok terapii	433,00	
258	03.0000.461.02	5.08.08.0000261	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS) – 2 i kolejny rok terapii	150,00	
259	03.0000.462.02	5.08.08.0000262	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis, akoramidis, wutrisyran) – 1 rok terapii	1 664,00	
260	03.0000.462.02	5.08.08.0000263	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis, akoramidis, wutrisyran) – 2 i kolejny rok terapii	990,04	
261	03.0000.462.02	5.08.08.0000264	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (mawakamten) – 1 rok terapii	2 435,20	
262	03.0000.462.02	5.08.08.0000265	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (mawakamten) – 2 i kolejny rok terapii	900,40	

263	03.0000.463.02	5.08.08.0000266	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka błony naczyniowej oka – 1 rok terapii	1 694,76	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
264	03.0000.463.02	5.08.08.0000267	Diagnostyka w programie leczenia chorych na czerniaka błony naczyniowej oka – 2 i kolejny rok terapii	1 829,37	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
265	03.0000.464.02	5.08.08.0000268	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z zakrzepową plamicą małopłytkową (kaplacyzumab)	3 300,80	
266	03.0000.464.02	5.08.08.0000346	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrodzoną zakrzepową plamicą małopłytkową- 1 rok terapii (rADAMTS13)	3 063,00	
267	03.0000.464.02	5.08.08.0000347	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z wrodzoną zakrzepową plamicą małopłytkową- 2 i kolejny rok terapii (rADAMTS13)	2 614,00	
268	03.0000.465.02	5.08.08.0000269	Diagnostyka w programie leczenia chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP) - 1 rok terapii	1 691,40	
269	03.0000.465.02	5.08.08.0000270	Diagnostyka w programie leczenia chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP) – 2 i kolejny rok terapii	753,50	
270	03.0000.466.02	5.08.08.0000277	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z achondroplazją - 1 rok terapii	1 321,35	
271	03.0000.466.02	5.08.08.0000278	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z achondroplazją - 2 i kolejny rok terapii	871,35	
272	03.0000.467.02	5.08.08.0000281	Diagnostyka w programie leczenia chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65	1 164,00	
273	03.0000.468.02	5.08.08.0000295	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV)	1 932,00	
274	03.0000.469.02	5.08.08.0000296	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zespołem hipereozynofilowym [HES] - 1 rok terapii	1 762,60	
275	03.0000.469.02	5.08.08.0000297	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zespołem hipereozynofilowym [HES] - 2 i kolejny rok terapii	797,80	
276	03.0000.470.02	5.08.08.0000298	Diagnostyka w programie leczenia dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej	1 141,80	
277	03.0000.471.02	5.08.08.0000299	Diagnostyka leczenia pacjentów z pierwotną nefropatią IgA	1 079,00	
278	03.0000.472.02	5.08.08.0000310	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST) - 1 rok terapii	558,30	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
279	03.0000.472.02	5.08.08.0000311	Diagnostyka w programie leczenia chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST) - 2 i kolejny rok terapii	440,44	taryfa ustalona w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT[1)]
280	03.0000.473.02	5.08.08.0000312	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego - 1 rok terapii	768,00	
281	03.0000.473.02	5.08.08.0000313	Diagnostyka w programie leczenia chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego - 2 i kolejny rok terapii	388,00	
282	03.0000.474.02	5.08.08.0000314	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ataksję Friedreicha - 1 rok terapii	964,00	
283	03.0000.474.02	5.08.08.0000315	Diagnostyka w programie leczenia chorych na ataksję Friedreicha - 2 i kolejny rok terapii	579,00	
284	03.0000.475.02	5.08.08.0000316	Diagnostyka w programie leczenia chorych z Zespołem Alagille'a	1 732,00	
285	03.0000.476.02	5.08.08.0000330	Diagnostyka w programie leczenia chorych na stwardnienie zanikowe boczne - 1 rok terapii	2 311,00	

286	03.0000.476.02	5.08.08.0000331	Diagnostyka w programie leczenia chorych na stwardnienie zanikowe boczne - 2 i kolejny rok terapii	1 547,00	
287	03.0000.477.02	5.08.08.0000332	Diagnostyka w programie leczenia dzieci i młodzieży chorych na glejaka	1 208,00	
288	03.0000.478.02	5.08.08.0000348	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego – 1 rok terapii	1 268,00	
289	03.0000.478.02	5.08.08.0000349	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego – 2 i kolejny rok terapii	598,00	
290	03.0000.479.02	5.08.08.0000357	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów chorych na zapalenie rogówki wywołane przez Acanthamoeba	3 627,00	
291	03.0000.480.02	5.08.08.0000362	Diagnostyka w programie leczenia chorych dystrofii mięśniowej Duchenne'a - 1 rok terapii	704,00	
292	03.0000.480.02	5.08.08.0000363	Diagnostyka w programie leczenia chorych dystrofii mięśniowej Duchenne'a - 2 i kolejny rok terapii	404,00	
293	03.0000.481.02	5.08.08.0000364	Diagnostyka w programie leczenia eliminacji toksycznego stężenia metotreksatu w osoczu u dorosłych i dzieci	525,00	Produkt rozliczany na zasadach opisanych w § 25 ust. 13 zarządzenia
294	03.0000.482.02	5.08.08.0000365	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau - 1 rok terapii	1 108,00	
295	03.0000.482.02	5.08.08.0000366	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau - 2 i kolejny rok terapii	600,00	
296	03.0000.483.02	5.08.08.0000367	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych PBC- 1 rok terapii (elafibranor lub seladelpar)	433,00	
297	03.0000.483.02	5.08.08.0000368	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych PBC- 2 rok terapii (elafibranor lub seladelpar)	150,00	

[1)] Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 2 lipca 2026 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych obejmujących ryczałty diagnostyczne w onkologicznych programach lekowych

Załącznik nr 3 do zarządzenia nr 110/2026/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 6 listopada 2026 r.

Katalog leków refundowanych stosowanych w programach lekowych

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

Lp	Kod substancji czynnej	Substancja czynna	Droga podania	Wielkość	Jednostka	Waga punktowa jednostki leku [pkt.] [1 pkt = 1 PLN]	Kod GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Nazwa, postać i dawka leku
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	5.08.09.0000001	Adalimumabum[1]	inj.	1	mg	1	07613421130657	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg
							07613421130640	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg
							07613421130633	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg
							07622436107080	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg
							04052682034213	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-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
							05996537018050	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg
2	5.08.09.0000003	Alglucosidasum alfa	inj.	1	mg	1	05909990623853	Myozyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 0,05 g
3	5.08.09.0000005	Betainum anhydricum	p.o.	1	mg	1	03663502000441	Cystadane, proszek doustny, 1 g
4	5.08.09.0000006	Bevacizumabum[1]	inj.	1	mg	1	08436596260030	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
							05397315000067	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[1]	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	5.08.09.0000011	Cinacalcetum[1]	p.o.	1	mg	1	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
							05903060629707	Cinacalcet Polpharma, tabl. powl., 30 mg
							05903060629714	Cinacalcet Polpharma, tabl. powl., 60 mg
							05903060629721	Cinacalcet Polpharma, tabl. powl., 90 mg
7	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
8	5.08.09.0000015	Entekavirum[1]	p.o.	1	mg	1	05055565742532	Entecavir Accord, tabletki powlekane, 0,5 mg
							05055565742549	Entecavir Accord, tabletki powlekane, 1 mg
							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
9	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
10	5.08.09.0000018	Etanerceptum[1]	inj.	1	mg	1	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
							05397315001361	Nepexto, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg, 4 amp.-strzyk.
							05397315001378	Nepexto, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg, 4 wstrzykiwacze
							08809593172420	Benepali, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg, 4 amp.-strzyk. 1 ml
							08809593172413	Benepali, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg, 4 wstrzykiwacze 1 ml
11	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, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990799374	Octanine F 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
12	5.08.09.0000021	Factor IX coagulationis humanus recombinate	inj.	1	j.m.	1	05909990057184	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909990057191	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990057207	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909990057221	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							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
13	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, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909990825332	Octanate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990825349	Octanate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
14	5.08.09.0000023	Factor VIII coagulationis humanus recombinate	inj.	1	j.m.	1	05909990224302	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							05909990224340	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.
							05909990224357	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.
							05909990224333	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
							05909990697441	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							05909990697458	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.
							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
							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.
							07038319157040	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.
							07350031444346	Altuvoct, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.

							07350031444353	Altuvoct, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.
							07350031444261	Altuvoct, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.
							07350031444360	Altuvoct, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.
							07350031444377	Altuvoct, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 4000 j.m.
							07350031444322	Altuvoct, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.
15	5.08.09.0000026	Glatirameri acetas	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
16	5.08.09.0000028	Idursulfasum	inj.	1	mg	1	05909990053742	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml
17	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
18	5.08.09.0000031	Imiglucerasum	inj.	1	j.m.	1	05909990943012	Cerezyme, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 400 j.m.
19	5.08.09.0000032	Immunoglobulinum humanum[1]	inj.	1	mg	1	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
20	5.08.09.0000033	Infliximabum[1]	inj.	1	mg	1	05909991086305	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							05713219492751	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							07613421020903	Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							05996537037051	Remsima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml
							05996537038065	Remsima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml
21	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
22	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
23	5.08.09.0000040	Interferonum beta-1b	inj.	1	mcg	1	05909990619375	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 µg/ml
24	5.08.09.0000041	Lamivudinum[1]	p.o.	1	mg	1	05909990479610	ZEFFIX, tabl. powl., 100 mg
							05909991464127	Lamivudine Aurovitas, tabl. powl., 100 mg
25	5.08.09.0000043	Laronidasum	inj.	1	j.m.	1	05909990005673	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml
26	5.08.09.0000045	Mecaserminum	inj.	1	mg	1	05909990076024	INCRELEX, roztwór do wstrzykiwań, 0,01 g/ml
27	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
28	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
29	5.08.09.0000054	Rituximabum[1]	inj.	1	mg	1	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
							05909991364908	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
							05909991336349	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg
30	5.08.09.0000055	Sildenafilum[1]	p.o.	1	mg	1	05909990967780	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml
							05903060610545	Remidia, tabletki powlekane, 20 mg
							05055565731932	Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg
							05909991355715	Sildenafil Zentiva, tabletki powlekane, 20 mg
							05909991338015	Sildenafil Aurovitas, tabl. powl., 20 mg
31	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
32	5.08.09.0000060	Tenofovirum disoproxilum[1]	p.o.	1	mg	1	05902020926801	Tenofovir disoproxil Viatris, tabl. powl., 245 mg
							05909991379704	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powl., 245 mg
33	5.08.09.0000061	Tobramycinum[1]	inh.	1	mg	1	05909990045976	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml
							05909991308292	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml
							05909991321444	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml
34	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
35	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.
36	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.
37	5.08.09.0000066	Treprostynilum[1]	inj.	1	mg	1	05909990046805	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml
							05909990046850	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml
							05909990046867	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
							05909991418618	Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml
							05909991418649	Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml
							05909991418625	Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml
							05909991418632	Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
							05909990046874	Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml
38	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
39	5.08.09.0000068	Omalizumabum[1]	inj.	1	mg	1	07613421103514	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 150 mg
							07613421103675	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg
							07613421103873	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 75 mg
							07613421103590	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
							07613421103774	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
							07613421103965	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg
							05996537021098	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg, 1 amp.-strzyk.
							05996537027083	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg, 1 wstrzykiwacz
							05996537021128	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg, 10 amp.-strzyk.
							05996537022071	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg, 1 amp.-strzyk.
							05996537028073	Omlyclo, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg, 1 wstrzykiwacz
40	5.08.09.0000070	Certolizumabum pegol	inj.	1	mg	1	05909990734894	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp. - strzyk., 200 mg/ml
41	5.08.09.0000071	Fingolimodum[1]	p.o.	1	mg	1	05909990856480	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg
							05909991474621	Fingolimod Aurovitas, kaps. twarde, 0,5 mg
							04251958600460	Fingolimod Reddy, kaps. twarde, 0,5 mg
							05909991461157	Fingolimod Zentiva, kaps. twarde, 0,5 mg
							03830070471786	Gaxenim, kaps. twarde, 0,5 mg
							09008732012316	Chantico, kaps. twarde, 0,5 mg
							03838989774172	Efigalo, kaps. twarde, 0,5 mg
							05997001333303	Fingolimod Richter, kaps. twarde, 0,5 mg
							05909991458850	Fingolimod Solinea, kaps. twarde, 0,5 mg
							05900411007078	Fingolimod Adamed, kaps. twarde, 0,5 mg
							05901812161949	Fimodigo, kaps. twarde, 0,5 mg
							05901720140647	Fingolimod +pharma, kaps. twarde, 0,5 mg
							05909991443894	Fenoxa, kaps. twarde, 0,5 mg
							05909991438807	Fingolimod Sun, kaps. twarde, 0,5 mg
42	5.08.09.0000072	Tocilizumabum[1]	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
							05996537033084	Avtozma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							05996537034081	Avtozma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							05996537032087	Avtozma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
43	5.08.09.0000073	Ustekinumabum[1]	s.c.	1	mg	1	05909997077505	Stelara, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							05909997077512	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg
							05413868122589	Stelara, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 90 mg
							08809593173120	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							08809593173113	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
							04011548045800	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							04011548045817	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
							05055565796917	Imuldosa, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							05055565796924	Imuldosa, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
							05996537024075	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							05996537023078	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
							04052682080401	Otulfi, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							04052682080425	Otulfi, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
							08809593173496	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							08809593173502	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
							05397315001422	Yesintek, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							05397315001439	Yesintek, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
							05996537046039	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg
							05996537045032	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg
44	5.08.09.0000076	Vemurafenibum	p.o.	1	mg	1	05909990935581	Zelboraf, tabl. powl., 240 mg
45	5.08.09.0000080	Natalizumabum[1]	inj.	1	mg	1	05909990084333	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
							07613421131517	Tyruko, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
46	5.08.09.0000085	Golimumabum	inj.	1	mg	1	05909990717187	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg
47	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
48	5.08.09.0000087	Velaglucerasum alfa	inj.	1	j.	1	05909990816774	VPRIV, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.
49	5.08.09.0000091	Afatynibum	p.o.	1	mg	1	05909991083397	Giotrif, tabl. powl., 20 mg
							05909991083434	Giotrif, tabl. powl., 30 mg
							05909991083465	Giotrif, tabl. powl., 40 mg
50	5.08.09.0000092	Bexarotenum	p.o.	1	mg	1	05909990213504	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg
51	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
52	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
53	5.08.09.0000095	Aflibercептum[1]	inj.	1	mg	1	03837000137095	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
							04057598023047	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 114,3 mg/ml
							07622436125077	Afqlir, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
							05996537036054	Eydenzelt, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
							08715131030933	Pavblu, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
							05903060632844	Vgenfli, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 1 amp.-strzyk.
							05903060632851	Vgenfli, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 1 fiol.
54	5.08.09.0000096	Ranibizumabum[1]	inj.	1	mg	1	05909991497316	Ximluci, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml
							04260764190058	Ranivisio, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml
							08434805000552	Rimmyrah, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml
55	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.
56	5.08.09.0000102	Macitentanum	p.o.	1	mg	1	07640111931133	Opsumit, tabl. powl., 10 mg; 30 tabl.
57	5.08.09.0000103	Riociguatum	p.o.	1	mg	1	05908229300305	Adempas, tabl. powl., 0,5 mg; 42 tabl.
							05908229300336	Adempas, tabl. powl., 1 mg; 42 tabl.
							05908229300367	Adempas, tabl. powl., 1,5 mg; 42 tabl.

							05908229300398	Adempas, tabl. powl., 2 mg; 42 tabl.
							05908229300428	Adempas, tabl. powl., 2,5 mg; 42 tabl.
58	5.08.09.0000105	Nitisinonum	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
59	5.08.09.0000107	Brentuximabum vedotinum	inj.	1	mg	1	05909991004545	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg; 1 fiol.
60	5.08.09.0000108	Dimethylis fumaras[1]	p.o.	1	mg	1	00646520415445	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg; 14 kaps.
							00646520415452	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg; 56 kaps.
							05909991560010	Dimethyl fumarate MSN, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05909991560058	Dimethyl fumarate MSN, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05909991525675	Dimethyl fumarate Teva, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05909991525682	Dimethyl fumarate Teva, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05055565795026	Dimethyl fumarate Accord, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05055565795033	Dimethyl fumarate Accord, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05907594033559	Dimethyl Fumarate Gedeon Richter, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05907594033566	Dimethyl Fumarate Gedeon Richter, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05909991521226	Dimethyl fumarate Stada, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05909991521318	Dimethyl fumarate Stada, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							07613421110314	Dimtruzic, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							07613421110321	Dimtruzic, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05909991557287	Dimethyl fumarate Polpharma, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05909991557294	Dimethyl fumarate Polpharma, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05909991515607	Jaxteran, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05909991515645	Jaxteran, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							09008732018004	Balfumon, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							09008732018011	Balfumon, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05901720140975	Noroplex, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05901720140999	Noroplex, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							05907394784286	Dimethyl fumarate Aurovitas, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							05907394784293	Dimethyl fumarate Aurovitas, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							08595112679142	Dimethyl fumarate Glenmark, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							08595112679135	Dimethyl fumarate Glenmark, kaps. dojel. twarde, 240 mg
							04251958601955	Dimethyl fumarate Reddy, kaps. dojel. twarde, 120 mg
							04251958602013	Dimethyl fumarate Reddy, kaps. dojel. twarde, 240 mg
61	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
62	5.08.09.0000110	Obinutuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001105	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg; 1 fiol.po 40 ml
63	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
64	5.08.09.0000113	Pertuzumabum	inj.	1	mg	1	05902768001006	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg; 1 fiol.
65	5.08.09.0000115	Crizotinibum	p.o.	1	mg	1	05909991004484	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg
							05909991004507	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg
66	5.08.09.0000117	Anakinrum	inj.	1	mg	1	07350031443271	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml
67	5.08.09.0000119	Pirfenidonum[1]	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
							05909991530396	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powl., 267 mg
							05909991530389	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powl., 267 mg
							05909991530419	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powl., 801 mg

							05909991523336	Pirfenidone Accord, tabl. powl., 267 mg
							05909991523329	Pirfenidone Accord, tabl. powl., 267 mg
							05909991523367	Pirfenidone Accord, tabl. powl., 801 mg
68	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
69	5.08.09.0000121	Vismodegibum	p.o.	1	mg	1	05902768001020	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg
70	5.08.09.0000122	Trametinibum	p.o.	1	mg	1	05909991141813	Mekinist, tabl. powl., 0,5 mg
							05909991141851	Mekinist, tabl. powl., 2 mg
71	5.08.09.0000123	Cobimetinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001136	Cotellic, tabl. powl., 20 mg
72	5.08.09.0000125	Alemtuzumabum	inj.	1	mg	1	05909991088156	Lemtrada, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg
73	5.08.09.0000126	Teriflunomidum[1]	p.o.	1	mg	1	05909991088170	Aubagio, tabl. powl., 14 mg
							07613421163334	Terebyo, tabl. powl., 14 mg
							03838989753306	Aregalu, tabl. powl., 14 mg
							05997001335277	Boxarid, tabl. powl., 14 mg
							05995327186870	Bozilos, tabl. powl., 14 mg
							05397313000182	Clefirem, tabl. powl., 14 mg
							05900411011495	Teriflunomid Adamed, tabl. powl., 14 mg
							05909991516994	Teriflunomide +pharma, tabl. powl., 14 mg
							05055565791189	Teriflunomide Accord, tabl. powl., 14 mg
							05909991527778	Teriflunomide Glenmark, tabl. powl., 14 mg
							05909991515188	Teriflunomide Zentiva, tabl. powl., 14 mg
							05909991526085	Tifay, tabl. powl., 14 mg, 28 szt.
							05909991526092	Tifay, tabl. powl., 14 mg, 84 szt.
							05909991517175	Teriflunomide MSN, tabl. powl., 14 mg
							05909991537340	Teriflunomide Neuraxpharm, tabl. powl., 14 mg
							05907394784057	Teriflunomide Aurovitas, tabl. powl., 14 mg
74	5.08.09.0000127	Levodopum, carbidopum	e.	1	mg	1	05909990419135	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml
75	5.08.09.0000129	Ibrutinibum	p.o.	1	mg	1	05413868117011	Imbruvica, tabl. powl., 140 mg
							05413868117028	Imbruvica, tabl. powl., 280 mg
							05413868117035	Imbruvica, tabl. powl., 420 mg
							05413868117042	Imbruvica, tabl. powl., 560 mg
76	5.08.09.0000131	Enzalutamidum	p.o.	1	mg	1	05909991415242	Xtandi, tabl. powl., 40 mg
77	5.08.09.0000132	Mepolizumabum	inj.	1	mg	1	05909991407148	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
							05909991407018	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
78	5.08.09.0000133	Osimertinibum	p.o.	1	mg	1	05000456012058	Tagrisso, tabletki powlekane, 40 mg
							05000456012065	Tagrisso, tabletki powlekane, 80 mg
79	5.08.09.0000135	Tocilizumabum[1]	s.c.	1	mg	1	05902768001075	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg/ml
							05996537025096	Avtozma, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg
							04052682073373	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg
							04052682073397	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg
80	5.08.09.0000137	Immunoglobulinum humanum subcutaneum[1]	s.c.	1	mg	1	05909990869541	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml
							05909990869572	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml
							05909990869657	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml
							05909991067380	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml; 1 fiol.a 50 ml
							05909991072872	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 25 ml
							05909991072889	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 50 ml
							05909991072896	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 100 ml
							05909991072902	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 200 ml
							05909991072926	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml; 1 fiol.po 300 ml
							05909991292898	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
							05909991292874	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
							05909991292904	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
							05909991292881	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml
							05909991527334	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml, 1 fiol. 50 ml

							05909991527310	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml, 1 fiol. 10 ml
							05909991527327	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml, 1 fiol. 20 ml
81	5.08.09.0000140	Trastuzumabum	s.c.	1	mg	1	05902768001037	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg; 1 fiol.
82	5.08.09.0000141	Eculizumabum[1]	inj.	1	mg	1	05909990643776	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
							08715131025755	Bekemv, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
							08809593174202	Epysqli, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg
83	5.08.09.0000142	Eltrombopagum[1]	p.o.	1	mg	1	05909990748204	Revolade, tabletki powlekane, 25 mg
							05909990748235	Revolade, tabletki powlekane, 50 mg
							05055565799574	Eltrombopag Accord, tabl. powl., 25 mg
							05055565799581	Eltrombopag Accord, tabl. powl., 50 mg
							08595112679432	Eltrombopag Glenmark, tabl. powl., 25 mg
							08595112679449	Eltrombopag Glenmark, tabl. powl., 50 mg
							03838989770884	Eltrombopag Krka, tabl. powl., 25 mg
							03838989770877	Eltrombopag Krka, tabl. powl., 50 mg
							05909991556037	Eltrombopag Polpharma, tabl. powl., 25 mg
							05909991555962	Eltrombopag Polpharma, tabl. powl., 50 mg
							05901797711337	Eltrombopag Viatris, tabl. powl., 25 mg
							05901797711344	Eltrombopag Viatris, tabl. powl., 50 mg
							05909991553975	Eltrombopag Zentiva, tabl. powl., 25 mg
							05909991553999	Eltrombopag Zentiva, tabl. powl., 50 mg
							05909991575557	Eltrombopag MSN, tabl. powl., 25 mg
							05909991575588	Eltrombopag MSN, tabl. powl., 50 mg
							05909991569136	Eltrombopag Stada, tabl. powl., 25 mg
							05909991569143	Eltrombopag Stada, tabl. powl., 50 mg
							05909991569150	Eltrombopag Stada, tabl. powl., 75 mg
84	5.08.09.0000143	Nintedanibum[1]	p.o.	1	mg	1	05909991206444	Ofev, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991206468	Ofev, kapsułki miękkie, 150 mg
							05055565798850	Nintedanib Accord, kaps. miękkie, 100 mg
							05055565798867	Nintedanib Accord, kaps. miękkie, 150 mg
							05909991570620	Nintedanib Eugia, kaps. miękkie, 100 mg
							05909991570668	Nintedanib Eugia, kaps. miękkie, 150 mg
							05909991566746	Nintedanib Sandoz, kaps. miękkie, 100 mg
							05909991566753	Nintedanib Sandoz, kaps. miękkie, 150 mg
							05909991532154	Nintedanib Stada, kaps. miękkie, 100 mg
							05909991532178	Nintedanib Stada, kaps. miękkie, 150 mg
							05909991538415	Nintedanib Teva, kaps. miękkie, 100 mg
							05909991538446	Nintedanib Teva, kaps. miękkie, 150 mg
							05901797711382	Nintedanib Viatris, kaps. miękkie, 100 mg
							05901797711399	Nintedanib Viatris, kaps. miękkie, 150 mg
							05909991532086	Nintedanib Zentiva, kaps. miękkie, 100 mg
							05909991532109	Nintedanib Zentiva, kaps. miękkie, 150 mg
85	5.08.09.0000144	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	inj.	1	mg	1	05909991247904	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml
86	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
87	5.08.09.0000146	Pasireotidum	inj.	1	mg	1	03663502003534[4]	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg
							03663502003527[4]	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg
							03663502003510[4]	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg
							03663502003503	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg
88	5.08.09.0000147	Vedolizumabum	inj.	1	mg	1	05909991138202	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg
89	5.08.09.0000148	Pembrolizumabum	inj.	1	mg	1	05901549325126	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml
90	5.08.09.0000149	Nintedanibum[1]	p.o.	1	mg	1	05909991203894	Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg
							05909991203900	Vargatef, kapsułki miękkie, 150 mg
							05909991570125	Nintedanib Accordpharma, kaps. miękkie, 100 mg
							05909991570118	Nintedanib Accordpharma, kaps. miękkie, 100 mg

							05909991570156	Nintedanib Accordpharma, kaps. miękkie, 150 mg
91	5.08.09.0000150	Sofosbuvirum, velpatasvirum	p.o.	1	mg	1	05391507142108	Epclusa, tabletki powlekane, 400 + 100 mg
92	5.08.09.0000151	Glecaprevirum, pibrentasvirum	p.o.	1	mg	1	08054083015927	Maviret, tabletki powlekane, 100+40 mg
93	5.08.09.0000152	Alirocumabum	s.c.	1	mg	1	05909991236618	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
							05909991441166	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
							05909991441142	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
							05909991559847	Praluent, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg
94	5.08.09.0000153	Ixekizumabum	s.c.	1	mg	1	05909991282950	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml
95	5.08.09.0000155	Sekukinumab	s.c.	1	mg	1	05909991203832	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
							07613421040130	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg
							07613421049416	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg
96	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
							07613326061872	Tecentriq, roztwór do wstrzykiwań, 1875 mg
97	5.08.09.0000157	Nusinersenum	inj.	1	mg	1	05713219500975	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg
							05713219599863	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 28 mg
							05713219599702	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg
98	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
99	5.08.09.0000159	Alectinibum	p.o.	1	mg	1	05902768001143	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg
100	5.08.09.0000160	Blinatumomabum	inj.	1	mcg	1	05909991256371	Blincyto, proszek do sporządzania koncentratu i roztwór do przygotowania roztworu do infuzji, 38,5 µg
101	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
102	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
103	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.
104	5.08.09.0000166	Ribociclibum	p.o.	1	mg	1	05909991336769	Kisqali, kapsułki twarde, 200 mg
							07613421186548	Kisqali, tabl. powl., 200 mg
105	5.08.09.0000167	Baricitinibum	p.o.	1	mg	1	03837000170825	Olumiant, tabl. powl., 4 mg
							03837000170740	Olumiant, tabl. powl., 2 mg
106	5.08.09.0000168	Tofacitinibum	p.o.	1	mg	1	05907636977100	Xeljanz, tabl. powl., 5 mg
							05415062342800	Xeljanz, tabl. powl., 10 mg
							05415062388723	Xeljanz, roztwór doustny, 1 mg/ml
107	5.08.09.0000169	Ustekinumabum[1]	inj.	1	mg	1	05909991307066	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
							08809593173106	Pyzchiva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
							05055565796931	Imuldosa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
							05996537031066	Steqeyma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
							04052682080432	Otulfi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
							04011548046425	Uzpruvo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
							05397315001446	Yesintek, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg
108	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
109	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
110	5.08.09.0000172	Evolocumabum	inj.	1	mg	1	05909991224370	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg
111	5.08.09.0000173	Ocrelizumabum	inj.	1	mg	1	05902768001174	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml
112	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
113	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.
114	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
115	5.08.09.0000178	Eliglustatum	p.o.	1	mg	1	05909991205942	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg
116	5.08.09.0000179	L-karnityna	p.o.	1	g	1	05016533045017	L-karnityna, proszek, 1 g
117	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
118	5.08.09.0000181	Vandetanibum	p.o.	1	mg	1	05909990935437	Caprelsa, tabl. powl., 100 mg
							05909990935444	Caprelsa, tabl. powl., 300 mg
119	5.08.09.0000182	Abemaciclibum	p.o.	1	mg	1	05014602500986	Verzenios, tabl. powl., 100 mg
							05014602500993	Verzenios, tabl. powl., 150 mg
							05014602500979	Verzenios, tabl. powl., 50 mg
120	5.08.09.0000183	Binimetinib	p.o.	1	mg	1	03573994003922	Mektovi, tabl. powl., 15 mg
							03573994008231	Mektovi, tabl. powl., 45 mg
121	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
122	5.08.09.0000185	Dinutuximabum beta	inj.	1	mg	1	05060146291736	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml
123	5.08.09.0000186	Encorafenibum	p.o.	1	mg	1	03573994003939	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg
							03573994003946	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg
124	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
							05413868126150	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml
							05413868126815	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml
							05413868126150	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml
							05413868126815	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml
							05413868126013	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml
125	5.08.09.0000188	Ponatinibum	p.o.	1	mg	1	07640159433613	Iclusig, tabl. powl., 15 mg
							07640159433637	Iclusig, tabl. powl., 45 mg
126	5.08.09.0000189	Risankizumabum	s.c.	1	mg	1	08054083023021	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml
127	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
128	5.08.09.0000191	Ivacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167104606	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg
							00351167113103	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg
							00351167136201	Kalydeco, tabl. powl., 150 mg
							00351167144503	Kalydeco, tabl. powl., 75 mg
							00351167175309	Kalydeco, granulat w saszetce, 59,5 mg
							00351167174302	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg
129	5.08.09.0000192	Migalastatum	p.o.	1	mg	1	05909991390273	Galafold, kaps. twarde, 123 mg
130	5.08.09.0000193	Selexipagum[1]	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
							05903060633469	Selexipag Polpharma, tabl. powl., 1000 µg
							05903060633476	Selexipag Polpharma, tabl. powl., 1200 µg
							05903060633483	Selexipag Polpharma, tabl. powl., 1400 µg
							05903060633490	Selexipag Polpharma, tabl. powl., 1600 µg
							05903060633421	Selexipag Polpharma, tabl. powl., 200 µg

							05903060633414	Selexipag Polpharma, tabl. powl., 200 µg
							05903060633438	Selexipag Polpharma, tabl. powl., 400 µg
							05903060633445	Selexipag Polpharma, tabl. powl., 600 µg
							05903060633452	Selexipag Polpharma, tabl. powl., 800 µg
							05909991593032	Selexipag Stada, tabl. powl., 1000 µg
							05909991593049	Selexipag Stada, tabl. powl., 1200 µg
							05909991593056	Selexipag Stada, tabl. powl., 1400 µg
							05909991593063	Selexipag Stada, tabl. powl., 1600 µg
							05909991592998	Selexipag Stada, tabl. powl., 200 µg
							05909991592981	Selexipag Stada, tabl. powl., 200 µg
							05909991593001	Selexipag Stada, tabl. powl., 400 µg
							05909991593018	Selexipag Stada, tabl. powl., 600 µg
							05909991593025	Selexipag Stada, tabl. powl., 800 µg
131	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
132	5.08.09.0000195	Inotuzumabum ozogamicini	inj.	1	mg	1	05907636977193	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg
133	5.08.09.0000196	Ketoanalogi aminokwasów	p.o.	1	mg	1	05909990338511	Ketosteril, tabl. powl., 630 mg
134	5.08.09.0000197	Avelumabum	inj.	1	mg	1	04054839462153	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
135	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
136	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.
137	5.08.09.0000200	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	p.o.	1	mg	1	05391507143303	Vosevi, tabl. powl., 400 + 100 + 100 mg
138	5.08.09.0000201	Olaparibum	p.o.	1	mg	1	05000456031325	Lynparza, tabl. powl., 100 mg
							05000456031318	Lynparza, tabl. powl., 150 mg
139	5.08.09.0000203	Dexamethasonum	inj.	1	mcg	1	05909990796663	Ozurdex, implant doszklistkowy, 700 µg
140	5.08.09.0000204	Lorlatinibum	p.o.	1	mg	1	05415062343531	Lorviqua, tabl. powl., 100 mg
							05415062348147	Lorviqua, tabl. powl., 25 mg
141	5.08.09.0000205	Lanadelumabum	inj.	1	mg	1	00642621076103	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg, 1 amp.-strzyk.
							07038319167698	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg, 1 wstrzyk.
142	5.08.09.0000206	Mercaptamini bitartras	p.o.	1	mg	1	03663502001011	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg
143	5.08.09.0000207	Tisagenlecleucelum	inj.	1	zestaw[2]	1	05909991384388	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10^6 – 6 x 10^8 komórek
144	5.08.09.0000208	Trientinum tetrahydrochloridum	p.o.	1	mg	1	05350626000102	Cuprior, tabl. powl., 150 mg
145	5.08.09.0000209	Amifampridinum	p.o.	1	mg	1	05055956400706	Firdapse, tabl., 10 mg
146	5.08.09.0000210	Brolucizumabum	inj.	1	mg	1	07613421034993	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml
147	5.08.09.0000211	Cemiplimabum	inj.	1	mg	1	05909991408329	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg
148	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
149	5.08.09.0000213	Levofloxacinum	inh.	1	mg	1	08025153003014	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg
150	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
151	5.08.09.0000215	Tyldrakizumabum	s.c.	1	mg	1	08430308131700	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
152	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
153	5.08.09.0000217	Niraparibum	p.o.	1	mg	1	05909991515201	Zejula, tabl. powl., 100 mg, 56 szt.
							05909991515218	Zejula, tabl. powl., 100 mg, 84 szt.
154	5.08.09.0000218	Givosiranum	s.c.	1	fiol.	1	08720165814046	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml; 1 fiol.po 1 ml
155	5.08.09.0000219	Apalutamidum	p.o.	1	mg	1	05413868117059	Erleada, tabl. powl., 60 mg
							05413868122596	Erleada, tabl. powl., 240 mg
156	5.08.09.0000221	Darolutamidum	p.o.	1	mg	1	05908229303337	Nubeqa, tabl. powl., 300 mg
157	5.08.09.0000222	Ivacaftorum + Lumacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167131701	Orkambi, granulat, 125+100 mg

							00351167131800	Orkambi, granulat, 188+150 mg
158	5.08.09.0000223	Ivacaftorum + Tezacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167200902	Symkevi, tabl. powl., 150+100 mg
							00351167201008	Symkevi, tabl. powl., 75+50 mg
159	5.08.09.0000224	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167143902	Kaftrio, tabl. powl., 75+50+100 mg
							00351167149409	Kaftrio, tabl. powl., 37,5+25+50 mg
							00351167173305	Kaftrio, granulat w saszetce, 60+40+80 mg
							00351167172704	Kaftrio, granulat w saszetce, 75+50+100 mg
160	5.08.09.0000225	Lumasiranum	s.c.	1	fiol.	1	08720165814138	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml
161	5.08.09.0000226	Axicabtagenum ciloleucelum	inj.	1	worek[2]	1	05909991438487	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek
162	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
163	5.08.09.0000229	Erenumabum	s.c.	1	mg	1	07613421024604	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml
164	5.08.09.0000230	Fedratinibum	p.o.	1	mg	1	07640133688596	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg
165	5.08.09.0000231	Fremanezumabum	s.c.	1	mg	1	05909991396497	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg
166	5.08.09.0000232	Letermovir	p.o.	1	mg	1	00191778018905	Prevymis, tabl. powl., 240 mg
							00191778018899	Prevymis, tabl. powl., 480 mg
167	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
168	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
169	5.08.09.0000235	Bedaquilinum	p.o.	1	mg	1	05909991140984	Sirturo, tabl., 100 mg
170	5.08.09.0000236	Gemtuzumabum ozogamicinum	inj.	1	mg	1	05415062328576	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg
171	5.08.09.0000237	Gilteritinibi fumaras	p.o.	1	mg	1	05909991426460	Xospata, tabl. powl., 40 mg
172	5.08.09.0000239	Onasemnogenum abeparvovecum	inj.	1	op.	1	05397227701106	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701137	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701168	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml
							05397227701199	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702844	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702875	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml
							05397227701090	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml
							05397227701120	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701151	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701182	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml
							05397227702837	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702868	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702899	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml
							05397227702905	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml
							05397227701083	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 2 fiol. 8,3 ml
							05397227701113	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 3 fiol. 8,3 ml
							05397227701144	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 4 fiol. 8,3 ml
							05397227701175	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 5 fiol. 8,3 ml
							05397227702820	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 6 fiol. 8,3 ml
							05397227702851	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 7 fiol. 8,3 ml
							05397227702882	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 8 fiol. 8,3 ml
							05397227702912	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10^{13} vg/ml, 9 fiol. 8,3 ml
173	5.08.09.0000241	Risdiplamum	p.o.	1	mg	1	07613326029896	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml
174	5.08.09.0000242	Alpelisibum	p.o.	1	mg	1	07613421024826	Piqray, tabl. powl., 150 mg
							07613421024840	Piqray, tabl. powl., 200 mg
							07613421024833	Piqray, tabl. powl., 50+200 mg
175	5.08.09.0000243	Glyceroli phenylbutyras	p.o.	1	g	1	07350110580354	Ravicti, płyn doustny, 1,1 g/ml
176	5.08.09.0000244	Inclisiranum	s.c.	1	mg	1	07613421047276	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 284 mg
177	5.08.09.0000245	Lutetium (177Lu) oxodotreotidi	inj.	1	fiol.	1	05909991350963	Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml
178	5.08.09.0000246	Mercaptamini hydrochloridum	ey.	1	mg	1	03663502000274	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml
179	5.08.09.0000247	Ofatumumabum	s.c.	1	mg	1	07613421040123	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg
180	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
181	5.08.09.0000249	Ponesimodum	p.o.	1	mg	1	05413868120363	Ponvory, tabl. powl., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg
							05413868120370	Ponvory, tabl. powl., 20 mg
							03760250441806	Ponvory, tabl. powl., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg
							03760250441813	Ponvory, tabl. powl., 20 mg
182	5.08.09.0000250	Ramucirumabum	inj.	1	mg	1	05909991205898	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml
183	5.08.09.0000251	Sacituzumabum govitecanum	inj.	1	mg	1	05391507146816	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg
184	5.08.09.0000252	Satralizumabum	s.c.	1	mg	1	07613326032322	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg
185	5.08.09.0000253	Siponimodum	p.o.	1	mg	1	07613421024598	Mayzent, tabl. powl., 0,25 mg
							07613421024581	Mayzent, tabl. powl., 2 mg
							07613421058906	Mayzent, tabl. powl., 1 mg
186	5.08.09.0000254	Talazoparibum	p.o.	1	mg	1	05415062348826	Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg
							05415062348789	Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg
							05415062115466	Talzenna, kapsułki twarde, 0,1 mg
187	5.08.09.0000255	Acalabrutinibum	p.o.	1	mg	1	05000456071116	Calquence, tabl. powl., 100 mg
188	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.
189	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
190	5.08.09.0000258	Entrectinibum	p.o.	1	mg	1	07613326024891	Rozlytrek, kaps. twarde, 100 mg
							07613326024624	Rozlytrek, kaps. twarde, 200 mg
191	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
192	5.08.09.0000260	Vedolizumabum	s.c.	1	mg	1	07038319122857	Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml
193	5.08.09.0000261	Daratumumabum	s.c.	1	mg	1	05413868119596	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)
194	5.08.09.0000262	Acidum carglumicum[1]	p.o.	1	mg	1	03663502000373	Carbaglu, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg
							08718858150847	Ucedane, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg
							08720865197265	Kwas kargluminowy Waymade, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg
195	5.08.09.0000263	Bimekizumabum	s.c.	1	mg	1	05413787220618	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml, 2 wstrzykiwacze 1 ml
							05413787222452	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml, 1 wstrzykiwacz 1 ml
							05413787222957	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 320 mg/2 ml
196	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
197	5.08.09.0000266	Azacitidine	p.o.	1	mg	1	07640133688435	Onureg, tabl. powl., 200 mg
							07640133688442	Onureg, tabl. powl., 300 mg
198	5.08.09.0000267	Filgotinibum	p.o.	1	mg	1	08020030001428	Jyseleca, tabl. powl., 200 mg
199	5.08.09.0000268	Tafasitamabum	inj.	1	mg	1	09088885500694	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg
200	5.08.09.0000269	Esketaminum	n.	1	mg	1	05413868117400	Spravato, aerozol do nosa, roztwór, 28 mg
201	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
202	5.08.09.0000271	Tucatinibum	p.o.	1	mg	1	05415062124734	Tukysa, tabl. powl., 150 mg
							05415062124741	Tukysa, tabl. powl., 50 mg
203	5.08.09.0000272	Zanubrutinibum	p.o.	1	mg	1	08720598340112	Brukinsa, kaps. twarde, 80 mg
							08720598340389	Brukinsa, tabl. powl., 160 mg
204	5.08.09.0000273	Anifrolumabum	inj.	1	mg	1	05000456072700	Saphnelo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg, 1 fiol. 2 ml
205	5.08.09.0000274	Brexucabtagene autoleucel	inj.	1	worek[2]	1	05909991460662	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek
206	5.08.09.0000275	Dostarlimabum	inj.	1	mg	1	05909991449872	Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml
207	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
208	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
209	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
210	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
211	5.08.09.0000280	Selpercatinibum[3]	p.o.	1	mg	1	08586009570529	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg
							08586009570536	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg
212	5.08.09.0000281	Sotorasibum	p.o.	1	mg	1	08715131029081	Lumykras, tabl. powl., 240 mg
213	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
214	5.08.09.0000283	Asciminibum	p.o.	1	mg	1	07613421131616	Scemblix, tabl. powl., 20 mg
							07613421131623	Scemblix, tabl. powl., 40 mg
215	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
216	5.08.09.0000285	Enfortumabum vedotini	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
217	5.08.09.0000286	Tralokinumabum	s.c.	1	mg	1	03400930230268	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg
							03400930276136	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg
218	5.08.09.0000287	Trastuzumabum deruxtecanum	inj.	1	mg	1	04260161043629	Enhertu, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
219	5.08.09.0000288	Avalglucosidasum alfa	inj.	1	mg	1	05909991472474	Nexviadyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
220	5.08.09.0000289	Cannabidiolum	p.o.	1	mg	1	05055813900103	Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml
221	5.08.09.0000291	Odevixibatum[3]	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
222	5.08.09.0000292	Selumetinibum	p.o.	1	mg	1	05000456070058	Koselugo, kaps. twarde, 10 mg
							05000456070065	Koselugo, kaps. twarde, 25 mg
223	5.08.09.0000294	Nivolumabum + Relatlimab	inj.	1	mg	1	08027950800476	Opdualag, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 240+80 mg
224	5.08.09.0000295	Olipudaza alfa[3]	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
225	5.08.09.0000296	Tezepelumabum	s.c.	1	mg	1	05000456075725	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 210 mg
							05000456076166	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań, 210 mg
226	5.08.09.0000297	Natalizumabum	s.c.	1	mg	1	05713219560252	Tysabri, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
227	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
							07613326059008	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg/ml, 1 fiol. po 0,4 ml
							07613326004756	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg/ml, 1 fiol. po 1 ml
228	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
229	5.08.09.0000300	Mogamulizumabum	inj.	1	mg	1	05038903004233	Poteligeo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/ml
230	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
231	5.08.09.0000302	Romosozumabum	inj.	1	mg	1	05413787222025	Evenity, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg/ml
232	5.08.09.0000303	Tafamidisum	p.o.	1	mg	1	05415062359426	Vyndaqel, kaps. miękkie, 61 mg
233	5.08.09.0000304	Tebentafuspum	inj.	1	fiol.	1	05056416800036	Kimmtrak, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml
234	5.08.09.0000305	Foslevodopum + Foscarbidopum	inj.	1	mg	1	08054083025162	Produodopa, roztwór do infuzji, 240+12 mg/ml
235	5.08.09.0000306	Asfotasum alfa	inj.	1	fiol.	1	05391527745112	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml, 12 fiol. po 0,8 ml
							05391527745143	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 12 fiol. po 0,45 ml
							05391527745136	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 12 fiol. po 0,70 ml
							05391527745129	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 12 fiol. po 1 ml
236	5.08.09.0000307	Caplacizumabum	inj.	1	mg	1	05909991413385	Cablivi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg
237	5.08.09.0000308	Epcoritamabum	inj.	1	mg	1	08054083026503	Tepkinly, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/0,8 ml

							08054083026497	Tepkinly, roztwór do wstrzykiwań, 48 mg
238	5.08.09.0000309	Glofitamabum	inj.	1	mg	1	07613326068468	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg
							07613326068871	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2,5 mg
239	5.08.09.0000310	Somatrogonum	s.c.	1	mg	1	05415062388037	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 24 mg
							05415062388044	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 60 mg
240	5.08.09.0000311	Teclistamabum	s.c.	1	mg	1	05413868121575	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml
							05413868121582	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg/ml
241	5.08.09.0000312	Avapritinibum	p.o.	1	mg	1	08720165565009	Ayvakyt, tabl. powl., 100 mg
							08720165565016	Ayvakyt, tabl. powl., 200 mg
							08720165565214	Ayvakyt, tabl. powl., 25 mg
							08720165565153	Ayvakyt, tabl. powl., 50 mg
242	5.08.09.0000313	Canakinumabum	inj.	1	mg	1	07613421054038	Ilaris, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml
243	5.08.09.0000314	Fenfluraminum	p.o.	1	mg	1	05413787222018	Fintepla, roztwór doustny, 2,2 mg/ml
244	5.08.09.0000315	Ivosidenibum[3]	p.o.	1	mg	1	03664898120737	Tibsovo, tabl. powl., 250 mg
245	5.08.09.0000316	Loncastuximabum tesirini	inj.	1	fiol.	1	07350031444193	Zynlonta, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 10 mg
246	5.08.09.0000317	Mirikizumabum	inj.	1	mg	1	05999885490202	Omvoh, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg/15 ml, 1 fiol. 15 ml
247	5.08.09.0000318	Niraparyb + Abirateron	p.o.	1	mg	1	05413868122459	Akeega, tabl. powl., 100 + 500 mg
							05413868122442	Akeega, tabl. powl., 50 + 500 mg
248	5.08.09.0000319	Oxybutynini hydrochloridum	inj.	1	mg	1	05909991398705	Vesoxx, roztwór do podawania do pęcherza moczowego, 1 mg/ml
249	5.08.09.0000321	Vosoritidum	s.c.	1	fiol.	1	05391524462890	Voxzogo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,4 mg
							05391524462906	Voxzogo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,56 mg
							05391524462913	Voxzogo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1,2 mg
250	5.08.09.0000322	Efgartigimod alfa	inj.	1	fiol.	1	04150179912881	Vyvgart, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg
251	5.08.09.0000323	Mirikizumabum	s.c.	1	mg	1	05999885490219	Omvoh, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml
							05907677973321	Omvoh, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 mg/ml
252	5.08.09.0000324	Budesonidum	p.o.	1	mg	1	04011548044179	Kinpeygo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 4 mg
253	5.08.09.0000325	Elranatamabum	inj.	1	mg	1	05415062116272	Elrexfio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 1 fiol. 1,9 ml
254	5.08.09.0000326	Maribavirum	p.o.	1	mg	1	07038319161382	Livtencity, tabl. powl., 200 mg
255	5.08.09.0000327	Rucaparibum	p.o.	1	mg	1	04150152358903	Rubraca, tabl. powl., 200 mg
							04150152359153	Rubraca, tabl. powl., 250 mg
							04150152359214	Rubraca, tabl. powl., 300 mg
256	5.08.09.0000328	Talquetamabum	inj.	1	mg	1	05413868122503	Talvey, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml
							05413868122510	Talvey, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
257	5.08.09.0000329	Tremelimumabum	inj.	1	mg	1	05000456037105	Imjudo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
							05000456037266	Imjudo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml
258	5.08.09.0000330	Vutrisiranum	s.c.	1	mg	1	04150181110077	Amvuttra, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/0,5 ml
259	5.08.09.0000331	Voretigene neparvovec	inj.	1	fiol.	1	07613421040529	Luxturna, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5 x 10^12 genomów wektora/ml
260	5.08.09.0000332	Farycymab	inj.	1	mg	1	07613326050708	Vabysmo, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml
261	5.08.09.0000333	Avacopanum[5]	p.o.	1	mg	1	04150174419491	Tavneos, kaps. twarde, 10 mg, 180 szt.
							04150174419323	Tavneos, kaps. twarde, 10 mg, 30 szt.
262	5.08.09.0000334	Eptinezumabum	inj.	1	mg	1	05702150155085	Vyepti, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml
263	5.08.09.0000335	Erdafitinibum	p.o.	1	mg	1	05413868125771	Balversa, tabl. powl., 3 mg
							05413868125764	Balversa, tabl. powl., 4 mg
							05413868125757	Balversa, tabl. powl., 5 mg
264	5.08.09.0000336	Lebrikizumabum	s.c.	1	mg	1	08430308134091	Ebglyss, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 250 mg
265	5.08.09.0000337	Maralixibatum	p.o.	1	mg	1	08720696500012	Livmarli, roztwór doustny, 9,5 mg/ml
266	5.08.09.0000338	Omaveloxolonum	p.o.	1	mg	1	00373179500443	Skyclarys, kaps. twarde, 50 mg
267	5.08.09.0000339	Ripretinibum	p.o.	1	mg	1	03400930243640	Qinlock, tabl., 50 mg
268	5.08.09.0000340	Ritlecitinibum	p.o.	1	mg	1	05415062109823	Litfulo, kaps.twarde, 50 mg
269	5.08.09.0000341	Ublituximabum	inj.	1	mg	1	08436027472384	Briumvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg
270	5.08.09.0000342	Ocrelizumabum	s.c.	1	mg	1	07613326075824	Ocrevus, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml
271	5.08.09.0000343	Elranatamabum	inj.	1	fiol.	1	05415062116289	Elrexfio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml, 1 fiol. 1,1 ml
272	5.08.09.0000344	Capivasertibum	p.o.	1	mg	1	05000456083119	Truqap, tabl. powl., 160 mg
							05000456083126	Truqap, tabl. powl., 200 mg
273	5.08.09.0000345	Crovalimab	inj.	1	mg	1	07613326085861	Piasky, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 340 mg
274	5.08.09.0000346	Danicopanum	p.o.	1	mg	1	05391527740902	Voydeya, tabl. powl., 100 mg

							05391527740919	Voydeya, tabl. powl., 50+100 mg
275	5.08.09.0000347	Fruquintinibum	p.o.	1	mg	1	07038319163867	Fruzaqla, kaps. twarde, 1 mg
							07038319163973	Fruzaqla, kaps. twarde, 5 mg
276	5.08.09.0000348	Mirvetuximabum soravtansinum[3]	inj.	1	fiol.	1	08054083029306	Elahere, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml
277	5.08.09.0000349	Momelotinibum	p.o.	1	mg	1	05909991526177	Omjjara, tabl. powl., 100 mg
							05909991526184	Omjjara, tabl. powl., 150 mg
							05909991526191	Omjjara, tabl. powl., 200 mg
278	5.08.09.0000350	Tofersenum	inj.	1	mg	1	05713219588287	Qalsody 100 mg, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg
279	5.08.09.0000351	Trastuzumabum + Pertuzumabum	s.c.	1	mg	1	07613326036023	Phesgo, roztwór do wstrzykiwań, 600 + 1200 mg
							07613326036191	Phesgo, roztwór do wstrzykiwań, 600 + 600 mg
280	5.08.09.0000352	Dabrafenibum[3]	p.o.	1	mg	1	07613421107598	Finlee, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg
281	5.08.09.0000353	Trametinibum[3]	p.o.	1	mg	1	09088885532749	Spexotras, proszek do sporzadzania roztworu doustnego, 0,05 mg/ml
282	5.08.09.0000354	Infliximabum	s.c.	1	mg	1	05996537011259	Remsima, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 120 mg, 2 wstrzyk. 1 ml
							05996537011242	Remsima, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 120 mg, 1 wstrzyk. 1 ml
283	5.08.09.0000355	Berotralstatum	p.o.	1	mg	1	05391540110096	Orladeyo, kaps. twarde, 150 mg
284	5.08.09.0000356	Iptacopan	p.o.	1	mg	1	07613421171520	Fabhalta, kaps. twarde, 200 mg
285	5.08.09.0000357	Pentozanu wielosiarczan sodowy	p.o.	1	mg	1	04260078520176	Elmiron, kaps.twarde, 100 mg
286	5.08.09.0000358	rADAMTS13[3]	inj.	1	fiol.	1	07038319165939	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU
							07038319165922	Adzynma, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU
287	5.08.09.0000359	Sotatercept	s.c.	1	amp.-strzyk.	1	00191778024371	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg, 1 amp.-strzyk.
							00191778024401	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 60 mg, 2 amp.-strzyk.
288	5.08.09.0000360	Sotatercept	s.c.	1	fiol.	1	00191778024395	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg, 2 fiol.
							00191778024388	Winrevair, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 60 mg, 1 fiol.
289	5.08.09.0000361	Tislelizumabum	inj.	1	mg	1	08720598340280	Tevimbra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg
290	5.08.09.0000362	Risdiplamum	p.o.	1	mg	1	07613326078528	Evrysdi, tabl. powl., 5 mg
291	5.08.09.0000363	Amivantamabum	s.c.	1	fiol.	1	05413868125801	Rybrevant, roztwór do wstrzykiwań, 1600 mg
							05413868125818	Rybrevant, roztwór do wstrzykiwań, 2240 mg
292	5.08.09.0000364	Amivantamabum	inj.	1	mg	1	05413868120646	Rybrevant, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg
293	5.08.09.0000365	Lazertinib	p.o.	1	mg	1	05413868125788	Lazcluze, tabl. powl., 240 mg
							05413868125795	Lazcluze, tabl. powl., 80 mg
294	5.08.09.0000366	Lisocabtagene maraleucel	inj.	1	zestaw[2]	1	08027950801787	Breyanzi, dyspersja do infuzji, 1,1–70 x 10^6 komórek/ml / 1,1–70 x 10^6 komórek/ml
295	5.08.09.0000367	Pemigatinibum	p.o.	1	mg	1	07640159430766	Pemazyre, tabl., 13,5 mg
							07640159430742	Pemazyre, tabl., 4,5 mg
							07640159430759	Pemazyre, tabl., 9 mg
296	5.08.09.0000368	Serplulimabum	inj.	1	mg	1	05055565798140	Hetronifly, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml
297	5.08.09.0000369	Tegomil fumarate	p.o.	1	mg	1	08436027474173	Riulvy, kaps. dojel. twarde, 174 mg
							08436027474180	Riulvy, kaps. dojel. twarde, 348 mg
298	5.08.09.0000370	Acoramidisum	p.o.	1	mg	1	04057598029926	Beyonttra, tabl. powl., 356 mg
299	5.08.09.0000371	Adagrasibum	p.o.	1	mg	1	08027950801718	Krazati, tabl. powl., 200 mg
300	5.08.09.0000372	Belantamab mafodotin	inj.	1	fiol.	1	05901549673012	Blenrep, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							05901549673029	Blenrep, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 70 mg
301	5.08.09.0000373	Levodopum + Carbidopum + Entacaponum	e.	1	mg	1	05909991474553	Lecigon, żel do podania dojelitowego, (20 mg + 5 mg + 20 mg) /ml
302	5.08.09.0000374	Odevixibatum	p.o.	1	mcg	1	03582180003318	Kayfanda, kaps. twarde, 1200 µg
							03582180003288	Kayfanda, kaps. twarde, 200 µg
							03582180003295	Kayfanda, kaps. twarde, 400 µg
							03582180003301	Kayfanda, kaps. twarde, 600 µg
303	5.08.09.0000375	Polihexanidum	ey.	1	pojemnik jednodawkowy	1	08027864000580	Akantior, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 0,8 mg/ml
304	5.08.09.0000376	Rozanolixizumabum	inj.	1	mg	1	05413787222551	Rystiggo, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml
							05413787222780	Rystiggo, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml
305	5.08.09.0000377	Spesolimabum	s.c.	1	mg	1	05909991537425	Spevigo, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg
306	5.08.09.0000378	Spesolimabum	inj.	1	mg	1	05909991498924	Spevigo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 450 mg
307	5.08.09.0000379	Toripalimab[3]	inj.	1	mg	1	04150199715806	Loqtorzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 240 mg
308	5.08.09.0000380	Guselkumabum	inj.	1	mg	1	05413868126143	Tremfya, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml

309	5.08.09.0000381	Belzutifanum	p.o.	1	mg	1	00191778024418	Welireg, tabl. powl., 40 mg
310	5.08.09.0000382	Deutivacaftorum + Tezacaftorum + Vanzacaftorum	p.o.	1	mg	1	00351167178904	Alyftrek, tabl. powl., 125+50+10 mg
							00351167179000	Alyftrek, tabl. powl., 50+20+4 mg
311	5.08.09.0000383	Elafibranor	p.o.	1	mg	1	03582180003141	Iqirvo, tabl. powl., 80 mg
312	5.08.09.0000384	Glucarpidasum	s.c.	1	fiol.	1	05060311320223	Voraxaze, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 jednostek
313	5.08.09.0000385	Seladelpar	p.o.	1	mg	1	05391507148452	Lyvdelzi, kaps. twarde, 10 mg
314	5.08.09.0000386	Vamorolonum	p.o.	1	mg	1	07640137910303	Agamree, zawiesina doustna, 40 mg/ml
315	5.08.09.0000387	Zolbetuximab	inj.	1	mg	1	05909991558932	Vyloy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg
							05909991566111	Vyloy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg

1 - substancja czynna, której średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 32 zarządzenia

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

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

4 - lek finansowany na podstawie art. 37b ustawy o refundacji - dotyczy programu lekowego B.118

5 - stosuje się do rozliczania świadczeń udzielonych do 12 sierpnia 2026 r.

Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 110/2026/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 6 listopada 2026 r.

Katalog badań kosztochłonnych w programach lekowych

Lp.	Kod produktu jednostkowego	Nazwa produktu jednostkowego	Wartość punktowa	Zakresy świadczeń																																									Uwagi
				03.0000.304.02	03.0000.305.02	03.0000.306.02	03.0000.309.02	03.0000.310.02	03.0000.312.02	03.0000.314.02	03.0000.350.02	03.0000.352.02	03.0000.354.02	03.0000.356.02	03.0000.358.02	03.0000.359.02	03.0000.365.02	03.0000.366.02	03.0000.377.02	03.0000.379.02	03.0000.381.02	03.0000.385.02	03.0000.388.02	03.0000.408.02	03.0000.410.02	03.0000.414.02	03.0000.415.02	03.0000.417.02	03.0000.419.02	03.0000.425.02	03.0000.431.02	03.0000.432.02	03.0000.439.02	03.0000.441.02	03.0000.444.02	03.0000.445.02	03.0000.446.02	03.0000.448.02	03.0000.449.02	03.0000.455.02	03.0000.459.02	03.0000.463.02	03.0000.472.02	03.0000.477.02	03.0000.482.02	
				B.4	B.5	B.6	B.9	B.10	B.12	B.14	B.50	B.52	B.54	B.56	B.58	B.59	B.65	B.66	B.77	B.79	B.81	B.85	B.88	B.108	B.110	B.114	B.115	B.117	B.119	B.125	B.131	B.132	B.139	B.141	B.144	B.145	B.146	B.148	B.149	B.155	B.159	B.163	B.172	B.177	B.182	
	kol. 1	kol. 2	kol. 3	kol. 4	kol. 5	kol. 6	kol. 7	kol. 8	kol. 9	kol. 10	kol. 11	kol. 12	kol. 13	kol. 14	kol. 15	kol. 16	kol. 17	kol. 18	kol. 19	kol. 20	kol. 21	kol. 22	kol. 23	kol. 24	kol. 25	kol. 26	kol. 27	kol. 28	kol. 29	kol. 30	kol. 31	kol. 32	kol. 33	kol. 34	kol. 35	kol. 36	kol. 37	kol. 38	kol. 39	kol. 40	kol. 41	kol. 42	kol. 43	kol. 44	kol. 45	kol. 46
1	5.08.13.0000001	Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego	298,11																																											
2	5.08.13.0000002	Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR	577,30																																											
3	5.08.13.0000003	Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym	529,47																																											
4	5.08.13.0000004	Biopsja aspiracyjna szpiku kostnego	331,03							x							x			x					x	x	x									x										
5	5.08.13.0000005	Biopsja skóry/tkanki podskórnej	169,43															x																												
6	5.08.13.0000006	Biopsja tkanek miękkich	169,43			x	x					x			x																			x							x					
7	5.08.13.0000007	Biopsja układu limfatycznego	169,43						x								x	x	x																											
8	5.08.13.0000008	Biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych)	169,43						x								x	x	x																											
9	5.08.13.0000009	Diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków	6 142,68																																											
10	5.08.13.0000010	Dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej - materiał onkologiczny specjalny	787,79			x	x					x			x		x	x	x	x	x					x	x							x		x	x				x					- produkt dedykowany dla świadczeniodawców posiadających certyfikat, o którym mowa w § 25 zarządzenia, - zgodnie z zasadami określonymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2021 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania jednostek diagnostyki patomorfologicznej
11	5.08.13.0000011	Gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy)	166,88		x				x																													x								
12	5.08.13.0000012	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat.	208,38		x				x																													x								
13	5.08.13.0000013	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat.	265,21		x				x																													x								
14	5.08.13.0000014	Kolonoskopia diagnostyczna	291,49						x																													x								
15	5.08.13.0000015	Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)	419,75						x																													x								
16	5.08.13.0000016	Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)	913,05						x																													x								
17	5.08.13.0000017	Limfoscyntygrafia	288,04																																											
18	5.08.13.0000018	MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	739,76																																										x	
19	5.08.13.0000019	MR badanie czynnościowe mózgu	778,41						x																																				x	
20	5.08.13.0000020	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	708,22																																										x	
21	5.08.13.0000021	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	358,05																																										x	
22	5.08.13.0000022	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	850,18				x					x				x							x					x		x					x					x					x	
23	5.08.13.0000023	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	418,78				x					x				x							x					x		x					x					x					x	
24	5.08.13.0000024	MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	512,63		x	x	x	x	x			x	x			x	x						x		x			x						x	x			x				x			x	
25	5.08.13.0000025	MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	240,54		x	x	x	x	x				x			x	x						x		x			x						x	x			x				x			x	
26	5.08.13.0000026	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	452,69																																										x	
27	5.08.13.0000027	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	205,84																																										x	
28	5.08.13.0000028	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	290,23	x	x		x																		x					x										x		x		x	x	
29	5.08.13.0000029	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	597,02	x	x		x															x			x					x										x		x		x	x	
30	5.08.13.0000030	MR badanie piersi	660,11				x																																						x	
31	5.08.13.0000031	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	1 037,09												x																					x										
32	5.08.13.0000032	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego	706,64																																	x										

33	5.08.13.0000033	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	942,45										x																																x	
34	5.08.13.0000034	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	511,05										x																																x	
35	5.08.13.0000035	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	989,77					x	x		x			x						x				x	x				x				x	x		x	x	x		x			x		x	
36	5.08.13.0000036	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	547,33					x	x		x			x						x					x								x	x		x	x	x		x			x		x	
37	5.08.13.0000037	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	2 622,51			x			x			x						x	x			x			x								x	x												
38	5.08.13.0000038	Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	3 885,45			x			x									x	x														x	x												
39	5.08.13.0000039	Radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT - badanie spoczynkowe	329,95						x								x																													
40	5.08.13.0000040	Radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT - badanie spoczynkowe+badanie z testem obciążeniowym	642,95						x								x																													
41	5.08.13.0000041	Radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT - z testem obciążeniowym	370,97																																											
42	5.08.13.0000042	Scyntygrafia całego ciała (układ kostny)	346,00				x	x						x		x									x				x					x												
43	5.08.13.0000043	scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem cytrynianu galu	2 898,18																																											
44	5.08.13.0000044	scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny	5 216,31																												x													
45	5.08.13.0000045	scyntygrafia nadnerczy/innych okolic ciała	2 318,14																						x																					
46	5.08.13.0000046	Scyntygrafia narządowa (nie dotyczy tarczycy)	230,96																																											
47	5.08.13.0000047	Scyntygrafia tarczycy	98,98																																											
48	5.08.13.0000048	scyntygrafia wentylacyjna płuc	1 739,11																																											
49	5.08.13.0000049	scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów	2 666,16																																											
50	5.08.13.0000050	Spektroskopia - MR	672,73																																											
51	5.08.13.0000051	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	348,48																																										x	
52	5.08.13.0000052	TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	368,33																																										x	
53	5.08.13.0000053	TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)	326,26																																											
54	5.08.13.0000054	TK: angiografia tętnic wieńcowych	492,96																																											
55	5.08.13.0000055	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	371,51	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x				x	x	x	x			x	x	x			x	x	x			x				x	x		x	
56	5.08.13.0000056	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	161,14	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x				x	x	x	x			x	x	x			x	x	x			x				x	x		x	
57	5.08.13.0000057	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	292,92	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x		x				x	x	x	x			x	x	x			x	x	x			x				x	x		x	
58	5.08.13.0000058	TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	269,90		x	x	x	x	x			x	x			x	x					x	x					x		x				x	x			x				x			x	
59	5.08.13.0000059	TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	121,45		x	x	x	x	x				x			x	x						x					x		x				x	x			x				x			x	
60	5.08.13.0000060	TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	231,79		x	x	x	x	x				x			x	x						x					x		x				x	x			x				x			x	
61	5.08.13.0000061	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	277,84	x		x	x					x				x						x	x		x			x		x				x										x	x	
62	5.08.13.0000062	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	126,22	x		x	x					x				x							x		x			x		x				x	x									x	x	
63	5.08.13.0000063	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	469,14	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x			x	x	x	x		x	x	x	x	x	x			x	x	x		x	
64	5.08.13.0000064	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	238,14	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x	x	x			x					x		x	x		x	x	x	x	x	x			x	x	x		x	
65	5.08.13.0000065	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	350,07	x	x	x	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x	x	x			x					x		x	x		x	x	x	x	x	x			x	x	x		x	
66	5.08.13.0000066	TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	231,79	x		x	x									x							x					x		x					x										x	
67	5.08.13.0000067	TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej	394,53																																											
68	5.08.13.0000068	Tomografia emisyjna pojedynczych fotonów (SPECT) - nie obejmuje radioizotopowego badania perfuzji mięśnia sercowego techniką SPECT albo techniką bramkowaną SPECT)	304,98																												x													
69	5.08.13.0000069	Trepanobiopsja szpiku kostnego	1 154,69																	x	x				x	x	x									x	x									
70	5.08.13.0000070	Znieczulenie całkowite dożylne - kategoria 1	136,54																						x																					
71	5.08.13.0000071	Znieczulenie całkowite dożylne - kategoria 2	212,94																						x																					
72	5.08.13.0000072	Znieczulenie ogólne lub dożylne u dziecka	283,92																						x																					

Załącznik nr 5 do zarządzenia nr 110/2026/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 6 listopada 2026 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	5.08.07.0000124	immunoglobulinum humanum - inj.	100 mg/ml, 1 fiol. 25 ml	**744,13**	x	x	x	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 00642621079104, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 26 stycznia 2026 r. do dnia 31 sierpnia 2027 r.
2	5.08.07.0000118	vandetanibum – p.o.	300 mg, 30 szt.	**11 790,00**	**x**	**x**	**x**	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 05000283660767, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 30 stycznia 2025 r.
3	5.08.07.0000119	cinacalcetii hydrochloridum – p.o.	30 mg	**8,1771**	**x**	**x**	**x**	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 5 marca 2025 r.
4	5.08.07.0000120	cinacalcetii hydrochloridum – p.o.	60 mg	**16,3542**	**x**	**x**	**x**	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 5 marca 2025 r.
5	5.08.07.0000121	etanerceptum - inj.	25 mg/0,5 ml, 4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	**1 087,56**	**x**	**x**	**x**	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 07613421184476, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 10 kwietnia 2025 r.
6	5.08.07.0000127	tocilizumabum – s.c.	162 mg, 4 amp.-strz. po 0,9 ml	**1 750,00**	x	x	x	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, dotyczy rozliczania produktu leczniczego o kodzie GTIN 04052682072222 objętego zgodami Prezesa URPL nr UR/Z/4c/321/25 oraz UR/Z/4c/161/26, a także produktu leczniczego o kodzie GTIN 08595173624198 objętego zgodą Prezesa URPL nr UR/Z/4c/247/26 w ramach programu lekowego B.33
7	5.08.07.0000125	adalimumabum - inj.	40 mg/0,8 ml; 2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	**540,00**	**x**	**x**	**x**	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 09088884962400, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od

								2 października 2025 r. w ramach programów lekowych: B.32, B.33, B.35, B.36, B.47
8	5.08.07.0000126	adalimumabum - inj.	40 mg/0,8 ml; 2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	**560,00**	**x**	**x**	**x**	dotyczy produktu leczniczego o kodzie GTIN 09088884962400, można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 2 października 2025 r. w ramach programu lekowego B.105
9	5.08.07.0000128	epoetinum alfa – inj.	1000 j.m.	**22,8958**	**x**	**x**	**x**	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, dotyczy rozliczania świadczeń objętych zgodami: 1) Prezesa URPL nr UR/Z/4c/130/26 udzielanych od 29 kwietnia 2026 r.; 2) Ministra Zdrowia nr DOP/00446/26 oraz DOP/00447/26 udzielanych od 6 maja 2026 r.; 3) Ministra Zdrowia nr DOP/00492/26 oraz nr DOP/00493/26 udzielanych od 1 czerwca 2026 r.; 4) Prezesa URPL nr UR/Z/4c/171/26 udzielanych od 6 lipca 2026 r.; 5) Ministra Zdrowia nr DOP/00716/26 udzielanych od 6 sierpnia 2026 r.
10	5.08.07.0000129	bosentanum – p.o.	125 mg	**14,31**	**x**	**x**	**x**	można łączyć ze świadczeniami z załącznika 1k, stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 28 lipca 2026 r.

Załącznik nr 6 do zarządzenia nr 110/2026/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 6 listopada 2026 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 lub raka dróg żółciowych
B.6.	03.0000.306.02	Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej
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 hemofilią A i B
B.17.	03.0000.317.02	Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci
B.18.	03.0000.318.02	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego
B.19.	03.0000.319.02	Leczenie niskorosłych osób z somatotropinową niedoczynnością przysadki w okresie wzrastania
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 pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III
B.24.	03.0000.324.02	Leczenie choroby Hurler
B.25.	03.0000.325.02	Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą 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 pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A
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 łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)
B.36.	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)
B.37.	03.0000.337.02	Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek
B.38.	03.0000.338.02	Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą chorobą nerek (PCHN)
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 łuszczycą
B.50.	03.0000.350.02	Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej
B.52.	03.0000.352.02	Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi lub nowotworem złośliwym części nosowej gardła
B.54.	03.0000.354.02	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego
B.55.	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego
B.56.	03.0000.356.02	Leczenie chorych na 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 pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza
B.74.	03.0000.374.02	Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)
B.75.	03.0000.375.02	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń
B.76.	03.0000.376.02	Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1)
B.77.	03.0000.377.02	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina
B.79.	03.0000.379.02	Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową
B.81	03.0000.381.02	Leczenie 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 gruczolakorakiem trzustki
B.86	03.0000.386.02	Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi
B.87	03.0000.387.02	Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc
B.88	03.0000.388.02	Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry
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 napadową 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 procesu wzrastania
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 chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej
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 naczynioruchowego 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 zwyrodnienia

		wielotorbielowatego nerek
B.127	03.0000.427.02	Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną
B.128.	03.0000.428.02	Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat
B.129.	03.0000.429.02	Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1
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 allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych
B.133	03.0000.433.02	Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą
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.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	03.0000.445.02	Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)
B.146	03.0000.446.02	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma
B.147	03.0000.447.02	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 Lennoxa-Gastauta 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 miastenii
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.164	03.0000.464.02	Leczenie pacjentów z zakrzepową plamicą małopłytkową
B.165	03.0000.465.02	Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)
B.166	03.0000.466.02	Leczenie pacjentów z achondroplazją
B.167	03.0000.467.02	Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65
B.168	03.0000.468.02	Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV)
B.169	03.0000.469.02	Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)
B.170	03.0000.470.02	Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej
B.171	03.0000.471.02	Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA
B.172	03.0000.472.02	Leczenie chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST)
B.173	03.0000.473.02	Leczenie chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego
B.174	03.0000.474.02	Leczenie chorych na ataksję Friedreicha

B.175	03.0000.475.02	Leczenie chorych z zespołem Alagille’a
B.176	03.0000.476.02	Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne
B.177	03.0000.477.02	Leczenie dzieci i młodzieży chorych na glejaka
B.178	03.0000.478.02	Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego
B.179	03.0000.479.02	Leczenie pacjentów chorych na zapalenie rogówki wywołane przez Acanthamoeba
B.180	03.0000.480.02	Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a
B.181	03.0000.481.02	Eliminacja toksycznego stężenia metotreksatu w osoczu u dorosłych i dzieci
B.182	03.0000.482.02	Leczenie pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau
B.183	03.0000.483.02	Leczenie pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych (PBC)

03.0000.301.02	**Leczenie chorych na przewlekłe wirusowe zapalenia wątroby typu B**

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

	03.0000.304.02	**Leczenie chorych na raka jelita grubego**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	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, hormonalne)	
	badania histopatologiczne	
	badania immunohistochemiczne	
	ocena i potwierdzenie ocena i potwierdzenie MSI-H lub dMMR	
	potwierdzenie mutacji V600E w genie BRAF	

	03.0000.305.02	**Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych**

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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie, okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	badania histologiczne lub cytologiczne lub radiologiczne przy pomocy kontrastowej wielofazowej dynamicznej CT lub MRI	
	zwalidowane badanie genetyczne fuzji lub rearanżacji receptora czynnika wzrostu fibroblastów 2 (FGFR2)	
	TK, MRI, RTG	
	Badanie endoskopowe - gastroskopia	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne, badanie ogólne moczu, oznaczanie antygenu HBS oraz przeciwciał anty-HBc, INR, czas protrombinowy, test ciążowy)	

	03.0000.306.02	**Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4272	oddział chorób płuc
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub chorób płuc	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki, onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów - w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK lub MR	
	badanie pozytonowej tomografii emisyjnej	
	EKG	
	echokardiografia	
	badania histopatologiczne	
	badania cytologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	
	potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów *EGFR,* lub *ALK* lub *ROS1* lub *BRAF V600E* lub *KRAS*) oraz stopnia ekspresji PD-L1	

	03.0000.309.02	Leczenie chorych na raka piersi

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	scyntygrafia	
	ECHO	
	USG	
	mammografia	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	
	badania immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ (ocena receptorów HER2, ER, PGR)	
	badanie mutacji germinalnej BRCA1/2	
	badanie mutacji genu PIK3CA lub AKT1 lub PTEN	

	03.0000.310.02	**Leczenie pacjentów z rakiem nerki**

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

	03.0000.312.02	**Leczenie chorych na chłoniaki B-komórkowe**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	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 lub lizokabtagenem maraleucelu - wykwalifikowany ośrodek posiadający certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów.
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dla terapii aksybkabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu lub lizokabtagenem maraleucelu - doświadczenie w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolenie w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi aksykabtagenem cyloleucelu lub tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu lub lizokabtagenem maraleucelu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne (antygen CD-20)	
	badania histopatologiczne	
	EKG, ECHO serca z oceną EF	
	USG, RTG	
	tomografia komputerowa (TK) lub rezonans magnetyczny, lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET-CT)	

03.0000.314.02	**Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową**

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

	03.0000.315.02	Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B

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

pielęgniarki	pielęgniarki z odbytym szkoleniem w zakresie przetaczania krwi i jej składników	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	regionalne centra leczenia hemofilii - w lokalizacji	USG
	regionalne centra leczenia hemofilii - zapewnienie dostępu	RTG
		TK
		MRI
		badania genetyczne
		badania immunohistochemiczne
		badania koagulologiczne
	lokalne centra leczenia hemofilii - w lokalizacji	USG
	lokalne centra leczenia hemofilii - zapewnienie dostępu	RTG
		badania koagulologiczne
wyposażenie w sprzęt	regionalne centra leczenia hemofilii - w miejscu udzielania świadczeń - dotyczy oddziału	kardiomonitor
	lokalne centra leczenia hemofilii - w miejscu udzielania świadczeń - dotyczy oddziału	kardiomonitor

	03.0000.317.02	**Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1080	poradnia immunologiczna
	1081	poradnia immunologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1401	poradnia pediatryczna
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4081	oddział immunologii klinicznej dla dzieci
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub immunologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem na oddziale lub poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, immunologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

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

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

	03.0000.319.02	**Leczenie niskorosłych osób z somatotropinową niedoczynnością przysadki w okresie wzrastania**

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

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

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

	03.0000.321.02	**Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii**

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

	03.0000.322.02	**Leczenie pacjentów z chorobą Pompego**

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

03.0000.323.02	**Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III**

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

badań	RTG
	EKG
	echokardiografia
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)
	badania genetyczne
	biopsja szpiku (w przypadkach uzasadnionych medycznie)

	03.0000.324.02	Leczenie choroby Hurler

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

	03.0000.325.02	**Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44, lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4020	oddział diabetologiczny
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - pediatrii metabolicznej, chorób płuc lub chorób płuc dzieci, okulistyki, rehabilitacji medycznej, neurologii lub neurologii dziecięcej b) dorośli – chorób płuc, okulistyki, rehabilitacji medycznej, neurologii
		dostęp do konsultacji: psychologicznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	EMG	
	echokardiografia	
	badania audiometryczne	
	badania spirometryczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	

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

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

	03.0000.328.02	Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy

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

realizacji badań	EMG
	RTG
	USG
	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)

	03.0000.329.02	Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane

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

	03.0000.330.02	Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1300	poradnia rehabilitacyjna
	1301	poradnia rehabilitacyjna dla dzieci
	1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu
	1303	poradnia rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
	1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej
	1307	poradnia rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	1580	poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej
	1581	poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4300	oddział rehabilitacyjny
	4301	oddział rehabilitacyjny dla dzieci
	4302	oddział rehabilitacji narządu ruchu
	4303	oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci
	4306	oddział rehabilitacji neurologicznej
	4307	oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4580	oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej
	4581	oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu ortopedii i traumatologii narządu ruchu
	HC.1.2.	
	25	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu rehabilitacji medycznej
	HC.1.2.	
	33	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu ortopedii i traumatologii narządu ruchu
	HC.1.2.	
	25	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu rehabilitacji medycznej
	HC.1.2.	
	33	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE

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

	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)

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

	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego - Crohna

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4500	oddział chirurgiczny ogólny
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	118	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	Ileokolonoskopia	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, mikrobiologiczne, morfologia krwi z rozmazem, test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy, badanie ogólne moczu, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	

	03.0000.333.02	**Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów**

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

	03.0000.335.02	**Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1200	poradnia dermatologiczna
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4200	oddział dermatologiczny
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4670	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii
		dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii – w przypadku realizacji świadczenia wyłącznie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie dermatologii i wenerologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania immunohistochemiczne	

	03.0000.336.02	**Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii	
	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, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	
	badania immunohistochemiczne	
	EKG	

	03.0000.337.02	**Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek**

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

	03.0000.338.02	**Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą chorobą nerek (PCHN)**

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

	03.0000.339.02	**Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1130	poradnia nefrologiczna
	1642	ambulatoryjna stacja dializ
	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	równoważnik 1 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy w komórce organizacyjnej (oddziale lub poradni, lub stacji dializ) o profilu nefrologicznym	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)	

	03.0000.340.02	**Profilaktyka zakażeń wirusem RS**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	dla pacjentów kardiologicznych: nieinwazyjne badanie hemodynamiczne (dot. poradni/oddziału kardiologicznego dla dzieci/kardiochirurgicznego dla dzieci)	

	03.0000.341.02	Leczenie zespołu Prader - Willi

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

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

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

	03.0000.344.02	**Leczenie chorych z ciężką postacią astmy**

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

	03.0000.347.02	Leczenie chorych z łuszczycą

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

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

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

	03.0000.352.02	**Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi lub nowotworem złośliwym części nosowej gardła**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	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	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
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie otolaryngologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	USG	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	

	03.0000.354.02	Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego

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

	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG	
	EKG	
	badanie endoskopowe	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, mikrobiologiczne, morfologia krwi z rozmazem, test IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy, badanie ogólne moczu, testy w kierunku: HIV, HBV, HCV)	

	03.0000.356.02	**Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1244	poradnia radioterapii
	1640	poradnia urologiczna
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4244	oddział radioterapii
	4640	oddział urologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub urologii, lub radioterapii onkologicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	przeprowadzenie w lokalizacji wielospecjalistycznej konsultacji z udziałem lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej – w przypadku realizacji programu przez lekarzy specjalistów w dziedzinie radioterapii onkologicznej lub urologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK	
	MRI	
	RTG	
	scyntygrafia	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	badania molekularne (ocena stanu genu BRCA)	
	badania molekularne (ocena stanu genów HRR (BRCA2, ATM, CDK12, CHECK2, BRCA1, PALB2, RAD51C))	
	badanie histopatologiczne	
pozostałe	w przypadku udzielania świadczeń w oddziale urologicznym, w poradni urologicznej lub oddziale leczenia jednego dnia o profilu urologii świadczeniodawca musi posiadać pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie urologii	

	03.0000.357.02	**Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1220	poradnia neurologiczna
	1300	poradnia rehabilitacyjna
	1302	poradnia rehabilitacji narządu ruchu
	1306	poradnia rehabilitacji neurologicznej
	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 przebytym udarze mózgu, potwierdzone certyfikatem, w dwóch różnych ośrodkach rekomendowanych przez Polskie Towarzystwo Neurologiczne lub Polskie Towarzystwo Rehabilitacji	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne - INR	

	03.0000.358.02	**Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	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	RTG	
	EKG, ECHO	
	tomografia komputerowa, MRI	
	badania immunohistochemiczne: potwierdzenie ekspresji PD-L1 wg CPS (combined positive score), TPS (tumor proportion score),CE IVD (lub alternatywnego zwalidowanego testu), potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji CLDN18.2 oraz potwierdzające występowanie choroby resztkowej	
	badania histopatologiczne	
	badania immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ – ocena ekspresji HER2	
	test ciążowy	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, badania układu krzepnięcia, badania ogólne moczu, hormonalne)	

	03.0000.359.02	**Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii onkologicznej dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów - w lokalizacji
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, radioterapii onkologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, hematologiczne, hormonalne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	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)	

	03.0000.361.02	**Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną**

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

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

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

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

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

	03.0000.365.02	Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401 HC.1.1. lub HC.1.2. 60	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	4658	oddział transplantacji szpiku
	4670 HC.1.2. 50	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	4670 HC.1.2. 60	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	4671 HC.1.2. 50	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	4671 HC.1.2. 60	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	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 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 hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dla terapii tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu - doświadczenie w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolenie w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi tisagenlecleucelem lub breksukabtagenem autoleucelu
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny	
	EKG	

	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)
	badanie cytomorfologiczne szpiku
	badanie cytometrii przepływowej krwi lub szpiku
	badanie cytogenetyczne szpiku lub krwi obwodowej
	badanie molekularne RT-PCR szpiku lub krwi obwodowej

	03.0000.366.02	Leczenie chorych na chłoniaki T-komórkowe

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1200	poradnia dermatologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1243	poradnia chemioterapii dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4072	oddział nowotworów krwi
	4200	oddział dermatologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub dermatologii i wenerologii lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii - w przypadku realizacji programu na oddziale dermatologicznym lub oddziale dermatologicznym z poradnią dermatologiczną lub na oddziale leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii

pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, hormonalne)	
	badania histopatologiczne	
	badanie immunohistochemiczne (antygen CD30)	
	RTG	
	EKG	
	USG	
	tomografia komputerowa lub PET/TK	
	rezonans magnetyczny	

03.0000.367.02	**Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu reumatologii
	HC.1.1 lub HC 1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	4401	oddział pediatryczny o profilu neurologii
	HC.1.1 lub HC 1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	program może być realizowany: 1) na oddziale reumatologicznym z poradnią reumatologiczną lub 2) oddziale reumatologicznym dla dzieci z poradnią reumatologiczną dla dzieci, lub 3) na oddziale pediatrycznym o profilu reumatologii z poradnią reumatologiczną dla dzieci - wyłącznie w zakresie leczenia miopatii zapalnych tj. zapalenia skórno-mięśniowego oraz zapalenia wielomięśniowego;
		co najmniej dwa stanowiska intensywnej opieki medycznej – w lokalizacji – wpis w rejestrze: łóżka intensywnej opieki medycznej;
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej, lub reumatologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	REZONANS MAGENTYCZNY (bez i po podaniu kontrastu)	
	EMG	
	badania laboratoryjne: - hematologiczne i biochemiczne, - badania immunologiczne (oznaczenie stężenia immunoglobulin w klasach IgG, IgM i IgA, oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych, oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4), oznaczenie przeciwciał anty-NMDA), - badanie płynu mózgowo-rdzeniowego	
	wzrokowe potencjały wywołane	

	03.0000.370.02	**Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki**

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

	03.0000.371.02	**Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1056	poradnia hepatologiczna
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1340	poradnia chorób zakaźnych
	1341	poradnia chorób zakaźnych dla dzieci
	1650	poradnia transplantologiczna
	1651	poradnia transplantologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4340	oddział chorób zakaźnych
	4341	oddział chorób zakaźnych dla dzieci
	4348	oddział obserwacyjno-zakaźny
	4349	oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	08	
	4650	oddział transplantologiczny
	4651	oddział transplantologiczny dla dzieci
	4654	oddział transplantacji wątroby
	4655	oddział transplantacji wątroby dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2.	
	08	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób zakaźnych lub transplantologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	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)	

	03.0000.373.02	**Leczenie pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1640	poradnia urologiczna
	1641	poradnia urologiczna dla dzieci
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu nefrologia dziecięca
	HC.1.1.	
	122	
	4640	oddział urologiczny
	4641	oddział urologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu urologii dla dzieci
	HC.1.2.	
	35	
	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	sala endoskopowa - w lokalizacji
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie urologii lub urologii dziecięcej lub nefrologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	Dorośli: dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii, gastroenterologii, okulistyki; Dzieci: dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii dziecięcej, gastroenterologii dziecięcej, okulistyki;
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, bakteriologiczne)	
	pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji	
	badanie urodynamiczne	
wyposażenie w sprzęt - w lokalizacji	USG lub aparat typu bladder scan	
	aparat do badań urodynamicznych	
	cytoskop z oprzyrządowaniem do iniekcji dopęcherzowych	
	aparat do znieczuleń	

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

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

03.0000.375.02	**Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1080	poradnia immunologiczna
	1081	poradnia immunologiczna dla dzieci
	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	1610	poradnia otorynolaryngologiczna
	1611	poradnia otolaryngologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu reumatologii
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	67	
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu nefrologii lub nefrologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	57 lub 122	
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu chorób płuc lub chorób płuc dzieci
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	42 lub 115	
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4080	oddział immunologii klinicznej
	4081	oddział immunologii klinicznej dla dzieci
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny 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
	4280	oddział reumatologiczny
	4281	oddział reumatologiczny dla dzieci
	4670	oddział jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	4670	oddział jednego dnia o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	4670	oddział jednego dnia o profilu nefrologii lub nefrologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	122	
	57	
	4670	oddział jednego dnia o profilu chorób płuc lub chorób płuc dzieci
	HC.1.2.	
	42	
	115	
	4670	oddział jednego dnia o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu otorynolaryngologicznym
	H.C.1.2.	

	26	
	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	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub nefrologii lub nefrologii dziecięcej, lub chorób wewnętrznych, lub chorób płuc lub chorób płuc dzieci, lub immunologii klinicznej, lub alergologii, lub alergologii dziecięcej, lub otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, wirusologiczne, immunologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	
	RTG	
	spirometria	
	ECHO serca	
	EKG	

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

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

	03.0000.377.02	Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1243	poradnia chemioterapii dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4240	oddział onkologiczny
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa lub PET-CT	
	badania histopatologiczne	
	badanie immunohistochemiczne (antygen CD30)	

	03.0000.379.02	**Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa lub RTG i USG	
	badania na obecność HBsAg i HBcAb	
	badanie cytomofrologiczne szpiku (antygen CD20)	
	badania cytogenetyczne i molekularne (delecja 17p lub mutacja w genie TP53)	
	badanie cytometrii przepływowej krwi lub szpiku (antygen CD20)	

03.0000.381.02	**Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii o profilu hematologii
	HC.1.1.	
	50	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o profilu hematologicznym	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	trepanobiopsja szpiku	
	badania molekularne (JAK2, CALR,MPL)	
	badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

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

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

	03.0000.385.02	**Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki**

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

	03.0000.386.02	**Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1080	poradnia immunologiczna
	1081	poradnia immunologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	52	
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	52	
	4080	oddział immunologii klinicznej
	4081	oddział immunologii klinicznej dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	52	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	ośrodek posiadający doświadczenie w zakresie diagnostyki, leczenia oraz opieki nad chorymi z zespołami autozapalnymi
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie immunologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej, neurologii lub neurologii dziecięcej, okulistyki, kardiologii lub kardiologii dziecięcej, stomatologii zachowawczej z endodoncją lub stomatologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki z co najmniej rocznym doświadczeniem na oddziale immunologii klinicznej lub immunologii klinicznej dla dzieci, lub w poradni immunologii klinicznej, lub immunologii klinicznej dla dzieci	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, immunologiczne, serologiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	USG	
	RTG	
	badanie słuchu	
	badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka)	
	rezonans magnetyczny	
	echo serca	

03.0000.387.02	**Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc**

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

	03.0000.388.02	**Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1200	poradnia dermatologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4200	oddział dermatologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	09	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	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	
	łączny 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	
	łączny 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)	

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

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Sekcji Chorób Pozapiramidowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii dotyczącą realizacji przedmiotowego programu lekowego
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii	
	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)	

03.0000.395.02	**Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)**

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

03.0000.396.02	**Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4241	oddział onkologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. 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

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

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

	03.0000.398.02	**Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną**

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

	03.0000.399.02	Leczenie akromegalii

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

03.0000.401.02	**Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób 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
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny 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	

	03.0000.402.02	Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	oddział anestezjologii i intensywnej terapii - w lokalizacji; w przypadku leczenia noworodków terapią genową: oddział neonatologiczny - posiadający w strukturze łóżka intensywnej terapii noworodka - zapewnienie dostępu
lekarze	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci - lekarze specjaliści neurologii dziecięcej z co najmniej 3-letnim doświadczeniem w leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych potwierdzonym pisemnie przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	1) dorośli - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: ortopedii i traumatologii narządu ruchu; gastroenterologii; rehabilitacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii; 2) dzieci - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: pulmonologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu; gastroenterologii dziecięcej; rehabilitacji medycznej, anestezjologii i intensywnej terapii
		dostęp do konsultacji dietetycznej, fizjoterapeutycznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania genetyczne pozwalające na potwierdzenie delecji lub mutacji genu SMN1 oraz liczby kopii genu SMN2	
	EKG (tylko dla ośrodków pediatrycznych)	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi, badanie moczu, test ciążowy)	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej potwierdzającą doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu chorób nerwowo - mięśniowych	

03.0000.404.02	**Leczenie choroby Fabry'ego**

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

	HC.1.2. 44	
	4671 HC.1.2. 117	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii, lub kardiologii, lub nefrologii lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej, lub neurologii dziecięcej, lub kardiologii dziecięcej, lub nefrologii dziecięcej lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, nefrologii, neurologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	rezonans magnetyczny	
	EKG + EKG metodą Holtera	
	echokardiografia	
	badania laboratoryjne (morfologia krwi, biochemiczne, enzymatyczne, w tym oznaczenie biomarkera lizo-GL-3*)	
	oznaczenie wskaźnika eGFR	
	badania genetyczne	
uwagi	*oświadczenie świadczeniodawcy dot. zapewnienia wykonania oznaczenia biomerkera lizo-GL-3 u wszystkich pacjentów kwalifikujących się do leczenia w programie - zgodnie z opisem programu lekowego B.104.	

03.0000.405.02	**Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1600	poradnia okulistyczna
	4600	oddział okulistyczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu okulistyki
	HC.1.2.	
	23	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	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	

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

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

	03.0000.407.02	**Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4270	odział gruźlicy i chorób płuc
	4271	odział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	9	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu dermatologii i wenerologii
	HC.1.2.	
	9	
	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.	
	7	
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, TSH, CRP)	

	03.0000.408.02	**Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1030	poradnia endokrynologiczna
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki, w przypadku realizacji świadczeń poza poradnią/oddziałem endokrynologicznym - dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie endokrynologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	rezonans magnetyczny	
	tomografia komputerowa	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

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

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

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

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1070	poradnia hematologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1240	poradnia onkologiczna
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4241	oddział onkologiczny 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	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 lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 3 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki, otorynolaryngologii lub otorynolaryngologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (hematologiczne, biochemiczne, układu krzepnięcia, oznaczanie markerów nowotworowych: NSE, LDH, katecholaminy)	
	tomografia komputerowa, MRI, scyntygrafia z użyciem MIBG, PET-CT	
pozostałe	liczba dzieci z neuroblastoma leczonych przez ośrodek wynosi co najmniej 5 w ostatnich pięciu latach (dotyczy populacji pediatrycznej)	

	03.0000.411.02	**Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu endokrynologii
	HC.1.1.	
	44	
	4401	oddział pediatryczny o profilu endokrynologii
	HC.1.1.	
	44	
	4401	oddział pediatryczny o profilu endokrynologii dziecięcej
	HC.1.1.	
	117	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: a) dzieci - okulistyki, neurochirurgii, diabetologii, neurologii lub neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, kardiologii lub kardiologii dziecięcej b) dorośli – okulistyki, 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	

	03.0000.412.02	**Leczenie chorych na mukowiscydozę**

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

	03.0000.413.02	**Leczenie pacjentów z chorobami nerek**

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

	03.0000.414.02	**Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1070	poradnia hematologiczna
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączny 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 (wewnątrztandemowej duplikacji [ITD.] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD])	
	badanie potwierdzające obecność mutacji R132 w genie IDH1	
	badanie immunofenotypowe potwierdzające ekspresję antygenu CD33 na komórkach blastycznych	

	03.0000.415.02	**Leczenie chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej**

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

	03.0000.417.02	Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem

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

	03.0000.418.02	Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga

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

03.0000.419.02	**Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy**

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

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

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

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

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

03.0000.423.02	**Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona**

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

realizacji badań	rezonans magnetyczny
	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)

03.0000.424.02	**Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1010	poradnia alergologiczna
	1011	poradnia alergologiczna dla dzieci
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4010	oddział alergologiczny
	4011	oddział alergologiczny dla dzieci
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	

	03.0000.425.02	**Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry**

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

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

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)	

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

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

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

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1020	poradnia diabetologiczna
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	1057	poradnia hepatologiczna dla dzieci
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4020	oddział diabetologiczny
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	4401 HC.1.1. lub HC.1.2. 118	oddział pediatryczny o profilu gastroenterologii dziecięcej
	4401 HC.1.1. lub HC.1.2. 60	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	4670 HC.1.2. 50	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	4670 HC.1.2. 118	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii dziecięcej
	4670 HC.1.2. 60	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	4671 HC.1.2. 50	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu hematologii
	4671 HC.1.2. 60	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie hematologii lub Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej potwierdzającą doświadczenie w diagnostyce i leczeniu pacjentów z ostrą porfirią wątrobową
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub onkologii klinicznej, lub chemioterapii nowotworów, lub	

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

03.0000.429.02	**Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu nefrologii
	HC.1.1. lub H.C.1.2	
	57	
	4401	oddział pediatryczny o profilu nefrologii dziecięcej
	HC.1.1. lub H.C.1.2	
	122	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	122	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii lub chorób wewnętrznych	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie nefrologii dziecięcej lub nefrologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne, układ krzepnięcia, gazometria krwi żylnej, badanie ogólne moczu)	
	ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem	
	badanie genetyczne potwierdzające rozpoznanie PH1	
	badanie DNA dla określenia mutacji genu AGXT	
	USG układu moczowego	

	03.0000.431.02	**Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana**

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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	tomografia komputerowa	

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

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	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	
	łączny 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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	oznaczenie CMV IgG i IgM	
	ilościowe badanie CMV DNA	

	03.0000.433.02	**Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	co najmniej 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii spełniających odrębnie poniższe wymagania: a) lekarz specjalista posiadający certyfikat Polskiego Towarzystwa Bólów Głowy, potwierdzający umiejętności rozpoznawania i leczenia migreny przewlekłej oraz b) lekarz specjalista posiadający udokumentowane umiejętności podawania toksyny botulinowej w migrenie przewlekłej potwierdzone pisemnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu

03.0000.435.02	**Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1272	poradnia chorób płuc
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4272	oddział chorób płuc
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji pulmonologicznej lub lekarza chorób płuc lub lekarza specjalisty w dziedzinie reumatologii – w przypadku realizacji programu bez udziału lekarzy o takiej specjalizacji
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, 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)	

03.0000.436.02	**Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1270	poradnia gruźlicy i chorób płuc
	1271	poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	1272	poradnia chorób płuc
	1273	poradnia chorób płuc dla dzieci
	4270	oddział gruźlicy i chorób płuc
	4271	oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
	4272	oddział chorób płuc
	4273	oddział chorób płuc dla dzieci
	4274	oddział leczenia gruźlicy
	4275	oddział leczenia gruźlicy dla dzieci
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie chorób płuc lub lekarze chorób płuc u dzieci	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	
	test na obecność wirusa HIV	
	badanie plwociny przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub testu molekularnego MDR-TB	
	badania czynności wątroby	

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

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

	03.0000.439.02	**Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1240	poradnia onkologiczna
	4030	oddział endokrynologiczny
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	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-SSA lub SPECT/CT z [99mTc]Tc-SSA; PET/CT z [18F]F-FDG	
	scyntygrafia	
	badania histopatologiczne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

03.0000.440.02	**Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub neurologii lub endokrynologii lub gastroenterologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej lub neurologii dziecięcej lub endokrynologii dziecięcej lub 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)	

03.0000.441.02	**Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1640	poradnia urologiczna
	4240	oddział onkologiczny
	4640	oddział urologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów lub urologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	przeprowadzenie w lokalizacji wielospecjalistycznej konsultacji z udziałem lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej – w przypadku realizacji programu przez lekarzy specjalistów w dziedzinie urologii
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne, hormonalne, badanie ogólne moczu)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	RTG	
	EKG	
	badanie histopatologiczne	
	ocena, za pomocą zwalidowanego testu, poziomu ekspresji PD-L1 w tkance nowotworowej	
	ocena, za pomocą zwalidowanego testu obecności podatnych zmian genetycznych FGFR3	
	pełne badanie okulistyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) – dotyczy terapii erdafitynibem	

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

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

	03.0000.443.02	**Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurologii lub neurologii dziecięcej oraz do konsultacji dietetycznej, psychologicznej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	EKG	

	03.0000.444.02	**Leczenie pacjentów z guzami litymi z fuzją genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK)**

organizacja udzielania świadczeń	**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	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	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
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	

03.0000.445.02	**Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	wykazanie amyloidu za pomocą barwienia dowolnego materiału tkankowego czerwienią Kongo	
	bezpośrednie typowanie amyloidu wykazujące obecność fragmentów łańcuchów lekkich immunoglobulin	
	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 plazmocytów 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)	

	03.0000.446.02	Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	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 limfoplazmocytowego	
	EKG	

	03.0000.447.02	**Leczenie chorych na depresję lekooporną**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badanie psychiatryczne	
	badania laboratoryjne	

03.0000.448.02	**Leczenie chorych na raka endometrium**

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

	03.0000.449.02	**Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1070	poradnia hematologiczna
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

	03.0000.450.02	Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1130	poradnia nefrologiczna
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	1280	poradnia reumatologiczna
	1281	poradnia reumatologiczna dla dzieci
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4130	oddział nefrologiczny
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	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	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu nefrologii
	HC.1.2.	
	57	
	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	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 nefrologii dziecięcej lub dermatologii i wenerologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	RTG, TK, USG stawów	
	badania laboratoryjne	
	badania immunohistochemiczne	
	EMG, ECHO serca, EKG	

	03.0000.451.02	**Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1131	poradnia nefrologiczna dla dzieci
	1130	poradnia nefrologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1401	poradnia pediatryczna
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4131	oddział nefrologiczny dla dzieci
	4130	oddział nefrologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4401	oddział pediatryczny
	4000 HC.1.1. lub HC.1.2. 43 lub 44 lub 123	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	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	dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub nefrologii dziecięcej, lub pediatrii metabolicznej, lub endokrynologii dziecięcej i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub nefrologii, lub endokrynologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	

	03.0000.452.02	**Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroentorologiczna 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	

03.0000.453.02	**Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	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)	

03.0000.454.02	**Leczenie pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	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), badanie echokardiograficzne	

03.0000455.02	**Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)**

	kod resortowy	**nazwa**
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
	1000*	poradnia chorób wewnętrznych
	1280*	poradnia reumatologiczna
	4280*	oddział reumatologiczny
	4000*	oddział chorób wewnętrznych
	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	Dzieci -lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej Dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie reumatologii lub chorób wewnętrznych	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki i dermatologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	MR (ocena wolumetryczna PN)	
	echokardiografia	
	ocena okulistyczna	
	badania laboratoryjne (ALAT, ASPAT, albuminy, bilirubina)	
	ocena zmian skórnych i zaburzeń tk. podskórnej	
	ocena krzepliwości (INR, czas protrombinowy)	
pozostałe	*W komórkach organizacyjnych o kodach: 1000,1280,4280,4000 możliwa jest wyłącznie kontynuacja leczenia pacjentów, którzy osiągnęli pełnoletność w trakcie leczenia w programie lekowym	

03.0000.456.02	**Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (IgE, kreatynina, mocznik, CRP, ALT, AST)	
	TK	
	badanie endoskopowe	
	badania diagnostyczne wykluczające obecność pasożytów	

03.0000.457.02	**Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii**

organizacja udzielania świadczeń	**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)	

03.0000.458.02	**Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	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
	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	
	łączny 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	
	łączny 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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	EKG	
	MRI	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, enzymatyczne)	
	badania genetyczne	
	badania spirometryczne	
	badania densytometryczne	

03.0000.459.02	**Leczenie chorych na raka szyjki macicy**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	1460	poradnia ginekologii onkologicznej
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4460	oddział ginekologii onkologicznej
	4670 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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków	
	łączny 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**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1030	poradnia endokrynologiczna
	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 geriatrii
	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 geriatrii lub chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo-ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub położnictwa i ginekologii lub chorób wewnętrznych	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatów
zapewnienie realizacji badań	densytometria - zapewnienie dostępu	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia)	

	03.0000.461.02	**Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	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	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 IGRA w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy, obecność antygenu HB, przeciwciała anty-HCV, obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo))	
	RTG klatki piersiowej	
	EKG	

	03.0000.462.02	**Leczenie pacjentów z kardiomiopatią**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	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
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie kardiologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie hematologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	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)	

03.0000.463.02	**Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	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
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	tomografia komputerowa	
	rezonans magnetyczny	
	EKG	
	badanie histopatologiczne lub cytologiczne	
	test do genotypowania HLA	
	badanie ultrasonograficzne gałki ocznej	

	03.0000.464.02	**Leczenie pacjentów z zakrzepową plamicą małopłytkową**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	4070	oddział hematologiczny
	4071	oddział hematologiczny dla dzieci
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	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	dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w części organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne: aktywność i inhibitor anty- ADAMTS13, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), kreatynina, liczba płytek krwi, morfologia krwi z rozmazem (schistocyty), ALT, haptoglobina, badania przesiewowe w kierunku: WZW typu B, WZW typu C i HIV	
pozostałe	*W przypadku udzielania świadczeń na oddziale pediatrycznym świadczeniodawca musi posiadać pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej. Wymóg uzyskania pozytywnej opinii nie dotyczy oddziału pediatrycznego o profilu onkologii i hematologii dziecięcej.	

	03.0000.465.02	**Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1000	poradnia chorób wewnętrznych
	1008	poradnia chorób metabolicznych
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1030	poradnia endokrynologiczna
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1027	poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	1401	poradnia pediatryczna
	1280	poradnia reumatologiczna
	4000	oddział chorób wewnętrznych z możliwością udzielania świadczeń w zakresie chorób metabolicznych
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	43 lub 44 lub 123	
	4008	oddział chorób metabolicznych
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4030	oddział endokrynologiczny
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4280	oddział reumatologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu choroby wewnętrzne
	HC.1.2.	
	7	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	HC.1.2.	
	28	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	HC.1.2.	
	123	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu endokrynologicznym
	HC.1.2.	
	44	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	117	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	dorośli – lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych lub endokrynologii lub reumatologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	dzieci – lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii lub pediatrii metabolicznej lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów

	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurochirurgii, okulistyki, ortopedii i traumatologii narządu ruchu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	USG	
	RTG	
	MRI	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badania genetyczne	
	badania densytometryczne	

	03.0000.466.02	**Leczenie pacjentów z achondroplazją**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1009	poradnia chorób metabolicznych dla dzieci
	1031	poradnia endokrynologiczna dla dzieci
	1401	poradnia pediatryczna
	1027	poradnia endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	4009	oddział chorób metabolicznych dla dzieci
	4031	oddział endokrynologiczny dla dzieci
	4401	oddział pediatryczny
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii metabolicznej
	HC.1.2.	
	123	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu endokrynologii i diabetologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	117	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu pediatrii
	HC.1.2.	
	28	
	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	dostęp do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie pediatrii metabolicznej lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej lub pediatrii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: neurochirurgii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, audiologii i foniatrii, otolaryngologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	MRI, TK lub TK z kontrastem	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badania genetyczne	

	03.0000.467.02	**Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera z biallelliczną mutacją genu RPE65**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1600	poradnia okulistyczna
	1601	poradnia okulistyczna dla dzieci
	4600	oddział okulistyczny
	4601	oddział okulistyczny dla dzieci
	4670	oddział jednego dnia o profilu okulistyki
	HC.1.2.	
	23	
	4671	oddział jednego dnia o profilu okulistyki dla dzieci
	HC.1.2.	
	23	
	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	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	sala operacyjna z dostępem do witrektomii tylnej w lokalizacji oddziału
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	Badanie genetyczne potwierdzające rozpoznanie biallelicznej mutacji genu RPE65	
	ostrość wzroku na tablicach ETDRS - w lokalizacji	
	OCT (optyczna koherentna tomografia) - w lokalizacji	
	badanie FST - w lokalizacji	
	badanie ERG siatkówki - w lokalizacji	
	Badanie pola widzenia metodą perymetrii kinetycznej Goldmana lub komputerowej Humphrey’a - w lokalizacji	
pozostałe	Świadczeniodawca przeprowadzający co najmniej 500 zabiegów witrektomii tylnej w roku i posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki potwierdzającą doświadczenie z chirurgii witreoretinalnej w zakresie przeprowadzania zabiegów chirurgicznych w obrębie plamki	

03.0000.468.02	**Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV)**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1056	poradnia hepatologiczna
	1070	poradnia hematologiczna
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1100	poradnia kardiologiczna
	1130	poradnia nefrologiczna
	1500	poradnia chirurgii ogólnej
	1520	poradnia chirurgii klatki piersiowej
	1560	poradnia kardiochirurgiczna
	1650	poradnia transplantologiczna
	1652	poradnia transplantacji nerek
	1654	poradnia transplantacji wątroby
	1656	poradnia transplantacji serca
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4130	oddział nefrologiczny
	4272	oddział pulmonologii
	4500	oddział chirurgiczny ogólny
	4520	oddział chirurgii klatki piersiowej
	4560	oddział kardiochirurgiczny
	4658	oddział transplantacji szpiku
	4650	oddział transplantologiczny
	4652	oddział transplantologii nerek
	4654	oddział transplantologii wątroby
	4656	oddział transplantologii serca
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	nie dotyczy

lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie hematologii lub transplantologii klinicznej, lub nefrologii, lub kardiologii, lub chirurgii, lub chirurgii klatki piersiowej, lub kardiochirurgii, lub gastroenterologii, lub chorób płuc	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	w przypadku realizacji świadczeń przez lekarzy specjalistów w dziedzinie hematologii lub nefrologii, lub kardiologii, lub chirurgii, lub chirurgii klatki piersiowej, lub kardiochirurgii, lub gastroenterologii, lub chorób płuc wymagane zapewnienie dostępu do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie transplantologii klinicznej
pielęgniarki	pielęgniarki z minimum rocznym doświadczeniem w pracy na oddziale lub w poradni o specjalności zgodnej ze wskazaną w punkcie organizacja udzielania świadczeń	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (morfologia krwi z rozmazem, biochemiczne)	
	ilościowe badanie CMV DNA	
	badanie dna oka lub inne badanie okulistyczne u pacjentów z podejrzeniem zajęcia siatkówki przez CMV	
	oznaczenie stężenia leków immunosupresyjnych o wąskim indeksie terapeutycznym będącymi substratami cytochromu P450	

	03.0000.469.02	Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1010	poradnia alergologiczna
	1272	poradnia chorób płuc
	1070	poradnia hematologiczna
	1080	poradnia immunologiczna
	1280	poradnia reumatologiczna
	4010	oddział alergologiczny
	4272	oddział chorób płuc
	4070	oddział hematologiczny
	4080	oddział immunologii klinicznej
	4280	oddział reumatologiczny
	4000	oddział chorób wewnętrznych o profilu reumatologii
	HC. 1.1. lub HC.1.2.	
	67	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu alergologii
	HC.1.2.	
	36	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu chorób płuc
	HC.1.2.	
	42	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu hematologii
	HC.1.2.	
	50	
	4670	oddział jednego dnia o profilu immunologii klinicznej
	HC.1.2.	
	52	
	4670	oddział jednego dnia o profilu reumatologii
	HC.1.2.	
	67	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie alergologii lub chorób płuc, lub hematologii, lub reumatologii, lub immunologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	EKG	
	RTG	
	TK	
	USG	
	spirometria	
	echokardiografia serca	
	biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku kostnego	
	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	badania genetyczne	

03.0000.470.02	**Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	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	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarzy specjalistów w dziedzinach: kardiologii, okulistyki oraz nefrologii
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	EMG	
	sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR)	
	scyntygrafia serca z zastosowaniem radioizotopu 99mTc-DPD lub 99mTc-PYP lub 99mTc-HMDP lub USG serca	
	białko monoklonalne (metodą immunofiksacji) w surowicy i w moczu oraz wolne łańcuchy lekkie w surowicy krwi (FLC)	
	10-metrowy test marszowy, test 6-minutowego chodu	

03.0000.471.02	**Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1130	poradnia nefrologiczna
	4130	oddział nefrologiczny
	4000	oddział chorób wewnętrznych
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu nefrologicznym
	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 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne)	
	biopsja nerek	

	03.0000.472.02	**Leczenie chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST)**

	kod resortowy	**nazwa**
organizacja udzielania świadczeń	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4540	oddział chirurgii onkologicznej
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	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 onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	tomografia komputerowa	
	MRI	
	EKG	
	ECHO	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

	03.0000.473.02	**Leczenie chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1200	poradnia dermatologiczna
	1201	poradnia dermatologiczna dla dzieci
	4200	oddział dermatologiczny
	4201	oddział dermatologiczny dla dzieci
	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	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 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem, serologiczne/molekularne)	
	badania trichoskopowe	

03.0000.474.02	**Leczenie chorych na ataksję Friedreicha**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	58	
	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 neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii lub kardiologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (bilirubina, lipidogram, AlAT, AspAT, glukoza, HbA1c, BNP lub NT-pro-BNP)	
	EKG	
	ECHO	
	ocena stopnia ciężkości choroby w skali mFARS	
pozostałe	Świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	

	03.0000.475.02	Leczenie chorych z Zespołem Alagille’a

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1051	poradnia gastroenterologiczna dla dzieci
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4051	oddział gastroenterologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu gastroenterologii
	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
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie: okulistyki lub neurologii, lub kardiologii, lub nefrologii, lub gastroenterologii, lub neurologii dziecięcej, lub kardiologii dziecięcej, lub nefrologii dziecięcej, lub gastroenterologii dziecięcej
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie gastroenterologii lub gastroenterologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania ultrasonograficzne	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

	03.0000.476.02	**Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1220	poradnia neurologiczna
	4220	oddział neurologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	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 neurologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	nie dotyczy
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	Badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi, test ciążowy)	
	Koagulogram	
	TK głowy	
	Spirometria, gazometria tętnicza	
	Badanie dna oka	
	Zapewnienie dostępu do badania genetycznego w kierunku genetycznej postaci ALS w przypadku braku wcześniejszego wyniku	
pozostałe	świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii, potwierdzającą doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu – stwardnienia bocznego zanikowego	

	03.0000.477.02	**Leczenie chorych dzieci młodzieży chorych na glejaka**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	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
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	4670*	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	4671	oddział leczenia jednego dnia dla dzieci o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	60	
	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	TAK
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie dermatologii, okulistyki, kardiologii lub kardiologii dziecięcej
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	zapewnienie dostępu do	badania laboratoryjne (biochemiczne, immunochemiczne)
		tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny
		ocena obecności mutacji BRAF V600
		badanie genetyczne na obecność glejaka o niskim albo wysokim stopniu złośliwości
pozostałe	*W komórkach organizacyjnych o kodach: 1240, 1242, 4240, 4242, 4670 możliwa jest wyłącznie kontynuacja leczenia pacjentów, którzy osiągnęli pełnoletność w trakcie leczenia w programie lekowym	

	03.0000.478.02	**Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego**
organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1640	poradnia urologiczna
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu urologii
	HC.1.2.	
	34	
	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	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie okulistyki, kardiologii
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie urologii	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (badanie ogólne moczu, badanie bakteriologiczne moczu)	
	cystoskopia	
	USG	
	badanie pola widzenia	
	badanie dna oka	
	elektroretinogram	
	angiografia fluoresceinowa	

03.0000.479.02	**Leczenie pacjentów chorych na zapalenie rogówki wywołane przez Acanthamoeba**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1600	poradnia okulistyczna
	1601	poradnia okulistyczna dla dzieci
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	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	gabinet zabiegowy w lokalizacji poradni
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie okulistyki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	ostrość wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS - w miejscu	
	ocena nasilenia bólu w skali VAS - w miejscu	
	OCT (optyczna koherentna tomografia) - w lokalizacji	
	badanie w lampie szczelinowej i wykonanie zdjęcia przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej- w lokalizacji	
	badanie PCR potwierdzające obecność Acanthamoeba w rogówce – zapewnienie dostępu	
	mikroskopia konfokalna in vivo lub preparat bezpośredni lub posiew - zapewnienie dostępu	
pozostałe	Świadczeniodawca posiadający pozytywną opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki	
	Świadczeniodawca przeprowadzający co najmniej 20 przeszczepów rogówki w ciągu roku	

03.0000.480.02	**Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a (DMD)**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1220	poradnia neurologiczna
	1221	poradnia neurologiczna dla dzieci
	4220	oddział neurologiczny
	4221	oddział neurologiczny dla dzieci
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii
	HC.1.2.	
	22	
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu neurologii dziecięcej
	HC.1.2.	
	58	
	ODDZIAŁ	NIE
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	NIE
	PORADNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM	NIE

	JEDNEGO DNIA	
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	NIE
	pozostałe	nie dotyczy
lekarze	lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii lub neurologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	
	EKG, ECHO, Holter	

	03.0000.481.02	**Eliminacja toksycznego stężenia metotreksatu w osoczu u dorosłych i dzieci**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1070	poradnia hematologiczna
	1071	poradnia hematologiczna dla dzieci
	1072	poradnia nowotworów krwi
	1240	poradnia onkologiczna
	1241	poradnia onkologiczna dla dzieci
	1242	poradnia chemioterapii
	1249	poradnia onkologii i hematologii dziecięcej
	4070	oddział hematologiczny
	4072	oddział nowotworów krwi
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4249	oddział onkologii i hematologii dziecięcej
	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 hematologii
	HC.1.1. lub 1.2.	
	50	
	4401	oddział pediatryczny o profilu onkologii i hematologii dziecięcej
	HC.1.1. lub HC.1.2.	
	60	
	ODDZIAŁ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA	TAK
	PORADNIA	NIE
	ODDZIAŁ Z PORADNIĄ	TAK
	ODDZIAŁ LECZENIA JEDNEGO DNIA Z PORADNIĄ	NIE
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA	TAK
	ODDZIAŁ Z ODDZIAŁEM JEDNEGO DNIA ORAZ Z PORADNIĄ	TAK
	pozostałe	Świadczeniodawca realizuje umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia
lekarze	dorośli - lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów, lub hematologii, dzieci - lekarze specjaliści w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

	03.0000.482.02	Leczenie pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau

	kod resortowy	nazwa
organizacja udzielania świadczeń	1240	poradnia onkologiczna
	1242	poradnia chemioterapii
	4240	oddział onkologiczny
	4242	oddział onkologii klinicznej/chemioterapii
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu onkologii klinicznej
	HC.1.2.	
	24	
	ODDZIAŁ	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 onkologii klinicznej lub chemioterapii nowotworów	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
	pozostałe	dostęp do konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie urologii, gastroenterologii, neurochirurgii, okulistyki
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 2 etatów
zapewnienie realizacji badań	TK	
	MR	
	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)	

	03.0000.483.02	**Leczenie pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych (PBC)**

organizacja udzielania świadczeń	**kod resortowy**	**nazwa**
	1050	poradnia gastroenterologiczna
	1056	poradnia hepatologiczna
	1340	poradnia chorób zakaźnych
	1650	poradnia transplantologiczna
	4050	oddział gastroenterologiczny
	4340	oddział chorób zakaźnych
	4348	oddział obserwacyjno-zakaźny
	4650	oddział transplantologiczny
	4670	oddział leczenia jednego dnia o profilu gastroenterologii
	HC.1.2.	
	47	
	4670	odział leczenia jednego dnia o profilu chorób zakaźnych
	HC.1.2	
	08	
	4670	odział leczenia jednego dnia o profilu transplantologii klinicznej
	HC.1.2	
	71	
	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 gastroenterologii lub chorób zakaźnych, lub transplantologii klinicznej	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
pielęgniarki	pielęgniarki	
	łączny czas pracy	równoważnik 1 etatu
zapewnienie realizacji badań	badania laboratoryjne (biochemiczne, morfologia krwi)	
	USG jamy brzusznej	

Załącznik nr 7 do zarządzenia nr 110/2026/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 6 listopada 2026 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**	TRIFLURYDYNA + TYPIRACYL, IPILIMUMAB, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, FRUKWINTYNIB, ENKORAFENIB
3	03.0000.305.02	B.5.	C 22.0, C22.1, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9	**Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych**	KABOZANYTYNIB, ATEZOLIZUMAB, DURWALUMAB, PEMIGATYNIB, IPILIMUMAB, NIWOLUMAB, TREMELIMUMAB, PEMBROLIZUMAB
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, CEMIPLIMAB, IPILIMUMAB, SOTORASIB, TREMELIMUMAB, TISLELIZUMAB, AMIWANTAMAB, LAZERTYNIB, SERPLULIMAB, BINIMETYNIB, ENKORAFENIB, ADAGRAZYB
5	03.0000.309.02	B.9.FM.	C 50	**Leczenie chorych na raka piersi**	TRASTUZUMAB S.C., PERTUZUMAB, RYBOCYKLIB, TRASTUZUMAB EMTAZYNA, ABEMACYKLIB, ALPELISYB, SACYTUZUMAB GOWITEKAN, TALAZOPARYB, TUKATYNIB, PEMBROLIZUMAB, TRASTUZUMAB DERUKSTEKAN, OLAPARYB, KAPIWASERTYB, TRASTUZUMAB + PERTUZUMAB
6	03.0000.310.02	B.10.	C 64	**Leczenie pacjentów z rakiem nerki**	KABOZANTINIB, NIWOLUMAB, IPILIMUMAB, PEMBROLIZUMAB
7	03.0000.312.02	B.12.FM.	C82, C83, C85	**Leczenie chorych na chłoniaki B - komórkowe[1]**	OBINUTUZUMAB, AKSYKABTAGEN CYLOLEUCELU, POLATUZUMAB WEDOTYNY, TISAGENLECLEUCEL, TAFASYTAMAB, IBRUTYNIB, BREKSUKABTAGEN AUTOLEUCEL, MOSUNETUZUMAB, EPKORYTAMAB, GLOFITAMAB, LONKASTUKSYMAB TEZYRYNY, ZANUBRUTYNIB, LIZOKABTAGEN MARALEUCEL
8	03.0000.314.02	B.14.	C 92.1	**Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową[1]**	PONATYNIB, ASCIMINIB
9	03.0000.315.02	B.15.	D 66, D 67	**Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B**	Koncentrat czynnika krzepnięcia VIII, Koncentrat czynnika krzepnięcia IX, EMICIZUMAB
10	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,	**Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci**	IMMUNOGLOBULINY

			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		
11	03.0000.318.02	B.18.	E 22.8, E 30.9	**Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego**	TRIPTORELINA
12	03.0000.319.02	B.19.	E 23	**Leczenie niskorosłych osób z somatotropinową niedoczynnością przysadki w okresie wzrastania**	SOMATOTROPINA, SOMATROGON
13	03.0000.320.02	B.20.	E 34.3	**Leczenie niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF-1**	MEKASERMINA
14	03.0000.321.02	B.21.	E 72.1	**Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii**	BETAINA BEZWODNA
15	03.0000.322.02	B.22.	E 74.0	**Leczenie pacjentów z chorobą Pompego**	ALGLUKOZYDAZA ALFA, AWALGLUKOZYDAZA ALFA
16	03.0000.323.02	B.23.	E 75.2	**Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III**	IMIGLUCERAZA, ELIGLUSTAT, WELAGLUCERAZA ALFA
17	03.0000.324.02	B.24.	E 76.0	**Leczenie choroby Hurler**	LARONIDAZA
18	03.0000.325.02	B.25.	E 76.1	**Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera)**	IDURSULFAZA
19	03.0000.327.02	B.27.	E 84	**Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą**	TOBRAMYCYNA, LEWOFLOKSACYNA
20	03.0000.328.02	B.28.	G 24.3, G 24.4, G 24.5, G 51.3, G 24.8	**Leczenie dystonii ogniskowych i połowiczego kurczu twarzy**	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
21	03.0000.329.02	B.29.	G 35	**Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane**	INTERFERON BETA, OCTAN GLATIRAMERU, FUMARAN DIMETYLU, PEGINTERFERON BETA-1A, TERYFLUNOMID, OFATUMUMAB, OZANIMOD, PONESIMODUM, SIPONIMOD, ALEMTUZUMAB, KLADRYBINA, FINGOLIMOD, NATALIZUMAB, OKRELIZUMAB, UBLITUKSYMAB, FUMARAN TEGOMILU
22	03.0000.330.02	B.30.	I61, I63, I69, G35, G80, G82, G83, T90, T91	**Leczenie pacjentów pediatrycznych ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A**	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
23	03.0000.331.02	B.31.	I 27, I 27.0	**Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego (TNP)**	ILOPROST, BOSENTAN, TREPROSTINIL, SILDENAFIL, EPOPROSTENOL, MACYTENTAN, RIOCYGUAT, SELEKSYPAG, SOTATERCEPT
24	03.0000.332.02	B.32.	K 50	**Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna**	INFLIKSYMAB, ADALIMUMAB, USTEKINUMAB, WEDOLIZUMAB, UPADACYTYNIB, GUSELKUMAB, MIRIKIZUMAB
25	03.0000.333.02	B.33.	M 05, M 06, M 08	**Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów**	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, RYTUKSYMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, TOCILIZUMAB, TOFACYTYNIB, BARICYTYNIB, UPADACYTYNIB, ANAKINRA, FILGOTYNIB, SEKUKINUMAB, KANAKINUMAB
26	03.0000.335.02	B.35.	L 40.5, M 07.1, M 07.2, M 07.3	**Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)**	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB, TOFACYTYNIB, IKSEKIZUMAB, UPADACYTYNIB, RYZANKIZUMAB, GUSELKUMAB, BIMEKIZUMAB
27	03.0000.336.02	B.36.	M 45	**Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)**	INFLIKSYMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB, GOLIMUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, SEKUKINUMAB, UPADACYTYNIB, IKSEKIZUMAB, TOFACYTYNIB, BIMEKIZUMAB
28	03.0000.337.02	B.37.	N 18	**Leczenie niedokrwistości u chorych z przewlekłą niewydolnością nerek**	EPOETYNA ALFA, DARBEPOETYNA ALFA, ROKSADUSTAT
29	03.0000.338.02	B.38.	N 18	**Leczenie niskorosłych dzieci z przewlekłą chorobą nerek (PCHN)**	SOMATOTROPINA
30	03.0000.339.02	B.39.	N 25.8	**Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów**	CYNAKALCET, PARYKALCYTOL

				leczonych nerkozastępczo dializami	
31	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	**Profilaktyka zakażeń wirusem RS**	PALIWIZUMAB
32	03.0000.341.02	B.41.	Q 87.1	**Leczenie zespołu Prader - Willi**	SOMATOTROPINA
33	03.0000.342.02	B.42.	Q 96	**Leczenie niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera (ZT)**	SOMATOTROPINA
34	03.0000.344.02	B.44.	J 45, J 82	**Leczenie chorych z ciężką postacią astmy**	OMALIZUMAB, MEPOLIZUMAB, BENRALIZUMAB, DUPILUMAB, TEZEPELUMAB
35	03.0000.347.02	B.47.	L 40.0, L 40.1	**Leczenie chorych z łuszczycą**	USTEKINUMAB, ADALIMUMAB, ETANERCEPT, INFLIKSYMAB, IKSEKIZUMAB, SEKUKINUMAB, GUSELKUMAB, RYZANKIZUMAB, CERTOLIZUMAB PEGOL, TYLDRAKIZUMAB, BIMEKIZUMAB, SPESOLIMAB
36	03.0000.350.02	B.50.	C 48, C 56, C 57	**Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej**	OLAPARYB, NIRAPARYB, RUKAPARYB, MIRWETUKSYMAB SORAWTANZYNA[2]
37	03.0000.352.02	B.52.	C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C11, C12, C13, C14, C32	**Leczenie chorych z płaskonabłonkowym rakiem narządów głowy i szyi lub nowotworem złośliwym części nosowej gardła**	NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, TORIPALIMAB[2]
38	03.0000.354.02	B.54.	C 90.0	**Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego[1]**	DARATUMUMAB, KARFILZOMIB, IKSAZOMIB, ELOTUZUMAB, IZATUKSYMAB, TEKLISTAMAB, TALQUETAMAB, ELRANATAMAB, BELANTAMAB MAFODOTIN
39	03.0000.355.02	B.55.	K 51	**Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)**	INFLIKSYMAB, WEDOLIZUMAB, TOFACYTYNIB, USTEKINUMAB, FILGOTYNIB, OZANIMOD, UPADACYTYNIB, MIRIKIZUMAB, GUSELKUMAB
40	03.0000.356.02	B.56.	C 61	**Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego**	ENZALUTAMID, APALUTAMID, DAROLUTAMID, OLAPARYB, NIRAPARYB + OCTAN ABIRATERONU, TALAZOPARYB
41	03.0000.357.02	B.57.	I 61, I 63, I 69, G35, G80, G82, G83, T90, T91	**Leczenie pacjentów ze spastycznością kończyn z użyciem toksyny botulinowej typu A**	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A
42	03.0000.358.02	B.58.	C 15, C 16	**Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka**	RAMUCIRUMABUM, NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, IPILIMUMAB, TRIFLURYDYNA + TYPIRACYL, TRASTUZUMAB DERUKSTEKAN, TISLELIZUMAB, ZOLBETUKSYMAB
43	03.0000.359.02	B.59.	C 43	**Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych**	NIWOLUMAB, PEMBROLIZUMAB, WEMURAFENIB, KOBIMETYNIB, DABRAFENIB, TRAMETYNIB, BINIMETYNIB, ENKORAFENIB, IPILIMUMAB, NIWOLUMAB + RELATLIMAB
44	03.0000.361.02	B.61.	E72.0	**Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną**	CYSTEAMINA
45	03.0000.362.02	B.62.	D 80, w tym: D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D 81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9	**Leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych**	IMMUNOGLOBULINY
46	03.0000.364.02	B.64.	R 62.9	**Leczenie hormonem wzrostu niskorosłych dzieci urodzonych jako zbyt małe w porównaniu do czasu trwania ciąży (SGA lub IUGR)**	SOMATOTROPINA
47	03.0000.365.02	B.65.	C 91.0	**Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną[1]**	BLINATUMOMAB, PONATYNIB, INOTUZUMAB OZOGAMYCYNY, TISAGENLECLEUCEL, BREKSUKABTAGEN AUTOLEUCEL
48	03.0000.366.02	B.66.	C 84	**Leczenie chorych na chłoniaki T – komórkowe [1]**	BEKSAROTEN, BRENTUKSYMAB VEDOTIN, MOGAMULIZUMAB
49	03.0000.367.02	B.67.	G 61.8, G 62.8, G 63.1, G	**Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych**	IMMUNOGLOBULINY

			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		
50	03.0000.370.02	B.70.	H34, H35.3, H36.0	**Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki**	AFLIBERCEPT, RANIBIZUMAB, BROLUCIZUMAB, BEWACYZUMAB, DEKSAMETAZON, FARYCYMAB
51	03.0000.371.02	B.71.	B 18.2	**Leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C**	SOFOSBUWIR + WELPATASWIR, GLECAPREWIR + PIBRENTASWIR, SOFOSBUWIR + WELPATASWIR + WOKSYLEPREWIR
52	03.0000.373.02	B.73.	N 31	**Leczenie pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza**	TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A, OKSYBUTYNINA
53	03.0000.374.02	B.74.	I 27, I 27.0 i/lub I 26	**Leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH)**	RIOCYGUAT
54	03.0000.375.02	B.75.	M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8	**Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń**	1) RYTUKSYMAB, TOCILIZUMAB, MEPOLIZUMAB, BENRALIZUMAB, 2) AWAKOPAN – substancja czynna refundowana do 12 sierpnia 2026 r.
55	03.0000.376.02	B.76.	E 70.2	**Leczenie tyrozynemii typu 1(HT-1)**	NITYZYNON
56	03.0000.377.02	B.77.	C 81	**Leczenie chorych na klasycznego chłoniaka Hodgkina[1]**	BRENTUKSYMAB VEDOTIN, NIWOLUMAB
57	03.0000.379.02	B.79.	C 91.1	**Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową[1]**	OBINUTUZUMAB, AKALABRUTYNIB, IBRUTYNIB, WENETOKLAKS, ZANUBRUTYNIB
58	03.0000.381.02	B.81.	D 45, D 47.1	**Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-)[1]**	RUKSOLITYNIB, FEDRATYNIB, MOMELOTYNIB
59	03.0000.382.02	B.82.	M 46.8	**Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK**	CERTOLIZUMAB PEGOL, ETANERCEPT, IKSEKIZUMAB, SEKUKINUMAB, UPADACYTYNIB, BIMEKIZUMAB
60	03.0000.385.02	B.85.	C 25.0, C 25.1, C 25.2, C 25.3, C 25.5, C 25.6, C 25.7, C 25.8, C 25.9	**Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki**	OLAPARYB
61	03.0000.386.02	B.86.	E 85, R 50.9, D 89.8, D 89.9	**Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi**	ANAKINRA
62	03.0000.387.02	B.87.	J 84.1	**Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc**	PIRFENIDON, NINTEDANIB
63	03.0000.388.02	B.88.	C 44	**Leczenie pacjentów chorych na raka podstawnokomórkowego skóry**	WISMODEGIB, CEMIPLIMAB
64	03.0000.390.02	B.90.	G 20	**Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona**	LEWODOPA + KARBIDOPA, APOMORFINA, FOSLEWODOPA + FOSKARBIDOPA, LEWODOPA + KARBIDOPA + ENTAKAPON
65	03.0000.395.02	B.95.	D 59.3	**Leczenie chorych z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym (aHUS)**	EKULIZUMAB, RAWULIZUMAB
66	03.0000.396.02	B.96.	D 59.5	**Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH)**	EKULIZUMAB, PEGCETAKOPLAN, RAWULIZUMAB, KROWALIMAB, DANIKOPAN, IPTAKOPAN
67	03.0000.397.02	B.97.	D 69.3	**Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną**	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM, AWATROMBOPAG, RYTUKSYMAB
68	03.0000.398.02	B.98.	D 69.3	**Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną**	ELTROMBOPAG, ROMIPLOSTYM, RYTUKSYMAB
69	03.0000.399.02	B.99.	E 22.0	**Leczenie akromegalii**	PASYREOTYD, PEGWISOMANT
70	03.0000.401.02	B.101.	E 78.0, I21, I22, I25	**Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi**	ALIROKUMAB, EWOLOKUMAB, INKLISIRAN, LOMITAPID
71	03.0000.402.02	B.102.FM.	G 12.0, G 12.1	**Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni**	NUSINERSEN, RYSDYPLAM, ONASEMNOGEN ABEPARWOWEK
72	03.0000.404.02	B.104.	E 75.2	**Leczenie choroby Fabry'ego**	AGALZYDAZA ALFA, AGALZYDAZA BETA, MIGALASTATUM
73	03.0000.405.02	B.105.	H 20.0, H 30.0	**Leczenie chorych na zapalenie błony naczyniowej oka (ZBN)**	ADALIMUMAB, DEKSAMETAZON
74	03.0000.406.02	B.106.	B 18.0, B 18.1, B 18.9, B	**Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby**	ENTEKAWIR, TENOFOWIR

			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	**typu b u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV**	
75	03.0000.407.02	B.107.	L 50.1	**Leczenie chorych z przewlekłą pokrzywką spontaniczną**	OMALIZUMAB
76	03.0000.408.02	B.108.FM.	C 73	**Leczenie pacjentów z rakiem rdzeniastym tarczycy**	WANDETANIB, SELPERKATYNIB[2]
77	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
78	03.0000.410.02	B.110.	C47	**Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym**	DINUTUKSYMAB BETA
79	03.0000.411.02	B.111.	E23.0	**Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu procesu wzrastania**	SOMATOTROPINA
80	03.0000.412.02	B.112.	E84	**Leczenie chorych na mukowiscydozę**	IWAKAFTOR, IWAKAFTOR + LUMAKAFTOR, IWAKAFTOR + TEZAKAFTOR, IWAKAFTOR + TEZAKAFTOR + ELEKSAKAFTOR, DEUTIWAKAFTOR + TEZAKAFTOR + WANZAKAFTOR
81	03.0000.413.02	B.113.	N18	**Leczenie pacjentów z chorobami nerek**	KETOANALOGI AMINOKWASÓW
82	03.0000.414.02	B.114.	C92.0	**Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową[1]**	MIDOSTAURYNA, GEMTUZUMAB OZOGAMYCYNY, GILTERYTYNIB, WENETOKLAKS, AZACYTYDYNA, IWOSYDENIB[2]
83	03.0000.415.02	B.115.	C96.2, C94.3, D47.0	**Leczenie chorych na zaawansowane postacie mastocytozy układowej[1]**	MIDOSTAURYNA, AWAPRYTYNIB
84	03.0000.417.02	B.117.	C44	**Leczenie raka z komórek Merkla awelumabem**	AWELUMAB
85	03.0000.418.02	B.118.	E24.0	**Leczenie pacjentów z chorobą Cushinga**	PASYREOTYD[3]
86	03.0000.419.02	B.119.	C73	**Leczenie pacjentów ze zróżnicowanym rakiem tarczycy**	KABOZANTYNIB
87	03.0000.421.02	B.121.	G73.1	**Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona**	AMIFAMPRYDYNA
88	03.0000.422.02	B.122.	D84.1	**Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu**	LANADELUMAB, BEROTRALSTAT
89	03.0000.423.02	B.123.	E83.0	**Leczenie pacjentów z chorobą Wilsona**	TRIENTYNA
90	03.0000.424.02	B.124.	L20	**Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry**	DUPILUMAB, BARICYTYNIB, UPADACYTYNIB, ABROCYTYNIB, TRALOKINUMAB, LEBRYKIZUMAB
91	03.0000.425.02	B.125.	C44.1, C44.2, C44.3, C44.4, C44.5, C44.6, C44.7, C44.8, C44.9	**Leczenie pacjentów chorych na kolczystokomórkowego raka skóry**	CEMIPLIMAB
92	03.0000.426.02	B.126.	Q61.2	**Leczenie pacjentów z autosomalnie dominującą postacią zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek**	TOLWAPTAN
93	03.0000.427.02	B.127.	D61	**Leczenie dorosłych chorych na ciężką anemię aplastyczną**	ELTROMBOPAG
94	03.0000.428.02	B.128.	E80.2	**Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat**	GIWOSYRAN
95	03.0000.429.02	B.129.	E74.8	**Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1**	LUMAZYRAN
96	03.0000.431.02	B.131.	D.47.7	**Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana**	SILTUKSYMAB
97	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	**Zapobieganie reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych**	LETERMOWIR
98	03.0000.433.02	B.133.	G43	**Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą**	ERENUMAB, FREMANEZUMAB, TOKSYNA BOTULINOWA TYPU A,

					EPTINEZUMAB
99	03.0000.435.02	B.135.	D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, M34, J.99.1	**Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc**	NINTEDANIB, RYTUKSYMAB, TOCILIZUMAB
100	03.0000.436.02	B.136.FM.	A15	**Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)**	BEDAKILINA
101	03.0000.438.02	B.138.FM.	G36.0	**Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)**	SATRALIZUMAB
102	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
103	03.0000.440.02	B.140.	E72.2	**Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego**	FENYLOMAŚLAN GLICEROLU
104	03.0000.441.02	B.141.FM.	C61, C65, C66, C67, C68	**Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym**	AWELUMAB, NIWOLUMAB, ENFORTUMAB WEDOTYNY· ERDAFITYNIB, PEMBROLIZUMAB
105	03.0000.442.02	B.142.	D46.0, D46.1	**Leczenie dorosłych pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji**	LUSPATERCEPT
106	03.0000.443.02	B.143.	E71.1	**Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową**	KWAS KARGLUMINOWY
107	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
108	03.0000.445.02	B.145.	E85.8	**Leczenie chorych na układową amyloidozę łańcuchów lekkich (AL)**	DARATUMUMAB
109	03.0000.446.02	B.146.	C88.0	**Leczenie chorych na makroglobulinemię Waldenströma**	ZANUBRUTYNIB
110	03.0000.447.02	B.147.	F33.1, F33.2	**Leczenie chorych na depresję lekooporną**	ESKETAMINA
111	03.0000.448.02	B.148.	C54	**Leczenie chorych na raka endometrium**	DOSTARLIMAB, PEMBROLIZUMAB, DURWALUMAB, OLAPARYB
112	03.0000.449.02	B.149.	T86.0	**Leczenie pacjentów z chorobą przeszczep przeciwko gospodarzowi**	RUKSOLITYNIB
113	03.0000.450.02	B.150.	M32	**Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE)**	ANIFROLUMAB, RYTUKSYMAB
114	03.0000.451.02	B.151.	E.83.3	**Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH)**	BUROSUMAB
115	03.0000.452.02	B.152.FM.	K76.8	**Leczenie pacjentów z postępującą rodzinną cholestazą wewnątrzwątrobową (PFIC)**	ODEWIKSYBAT[2]
116	03.0000.453.02	B.153.	G40	**Leczenie pacjentów z napadami padaczkowymi w przebiegu zespołu stwardnienia guzowatego**	KANNABIDIOL
117	03.0000.454.02	B.154.FM.	G40.4	**Leczenie pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet**	KANNABIDIOL, FENFLURAMINA
118	03.0000.455.02	B.155.	Q85.0	**Leczenie chorych z nerwiakowłókniakami splotowatymi w przebiegu neurofibromatozy typu 1 (NF1)**	SELUMETYNIB
119	03.0000.456.02	B.156.	J32, J33	**Leczenie chorych z zapaleniem nosa i zatok przynosowych z polipami nosa**	DUPILUMAB, MEPOLIZUMAB
120	03.0000.457.02	B.157.	G70.0	**Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii**	EFGARTIGIMOD ALFA, RYTUKSYMAB, RAWULIZUMAB, ROZANOLIKSYZUMAB
121	03.0000.458.02	B.158.FM.	E75.2	**Leczenie chorych z niedoborem kwaśnej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B**	OLIPUDAZA ALFA[2]
122	03.0000.459.02	B.159.	C53	**Leczenie chorych na raka szyjki macicy**	PEMBROLIZUMAB, CEMIPLIMAB
123	03.0000.460.02	B.160.	M80.0	**Leczenie pacjentek z ciężką postacią osteoporozy**	ROMOSOZUMAB

				pomenopauzalnej	
124	03.0000.461.02	B.161.	L73.2	**Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS)**	SEKUKINUMAB, BIMEKIZUMAB, ADALIMUMAB
125	03.0000.462.02	B.162.	E85, I42.1	**Leczenie pacjentów z kardiomiopatią**	MAWAKAMTEN, TAFAMIDIS, AKORAMIDIS, WUTRISIRAN
126	03.0000.463.02	B.163.FM.	C69, C69.3, C69.4	**Leczenie chorych na czerniaka błony naczyniowej oka**	TEBENTAFUSP
127	03.0000.464.02	B.164.	M31.1	**Leczenie pacjentów z zakrzepową plamicą małopłytkową**	KAPLACYZUMAB, rADAMTS13[2]
128	03.0000.465.02	B.165.	E83.3	**Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji (HPP)**	ASFOTAZA ALFA
129	03.0000.466.02	B.166.	Q77.4	**Leczenie pacjentów z achondroplazją**	WOSORYTYD
130	03.0000.467.02	B.167.	H35.5	**Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65**	WORETYGEN NEPARWOWEK
131	03.0000.468.02	B.168.	B25.0, B25.1, B25.2, B25.8, B25.9	**Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV)**	MARIBAWIR
132	03.0000.469.02	B.169.	D72.1	**Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)**	MEPOLIZUMAB
133	03.0000.470.02	B.170.	E85.1	**Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej**	WUTRISIRAN
134	03.0000.471.02	B.171.	N02.8	**Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA**	BUDEZONID
135	03.0000.472.02	B.172.	C15, C16, C17, C18, C20, C48	**Leczenie chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST)**	RIPRETYNIB
136	03.0000.473.02	B.173.	L63	**Leczenie chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego**	RITLECYTYNIB
137	03.0000.474.02	B.174.	G11.1	**Leczenie chorych na ataksję Friedreicha**	OMAWELOKSOLON
138	03.0000.475.02	B.175.	Q44.7	**Leczenie chorych z zespołem Alagille'a**	MARALIKSYBAT, ODEWIKSYBAT
139	03.0000.476.02	B.176.	G12.2	**Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne**	TOFERSEN
140	03.0000.477.02	B.177.	C71	**Leczenie dzieci i młodzieży chorych na glejaka**	DABRAFENIB[2], TRAMETYNIB[2]
141	03.0000.478.02	B.178.	N30.1	**Leczenie przewlekłego pierwotnego zespołu bólowego pęcherza moczowego**	POLISIARCZAN PENTOZANU SODU
142	03.0000.479.02	B.179.	H19.2	**Leczenie pacjentów chorych na zapalenie rogówki wywołane przez Acanthamoeba**	POLIHEKSANID
143	03.0000.480.02	B.180.	G71.0	**Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a**	WAMOROLON
144	03.0000.481.02	B.181.	T45.1	**Eliminacja toksycznego stężenia metotreksatu w osoczu u dorosłych i dzieci**	GLUKARPIDAZA
145	03.0000.482.02	B.182.	Q85.8	**Leczenie pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau**	BELZUTYFAN
146	03.0000.483.02	B.183.	K74.3	**Leczenie pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych (PBC)**	ELAFIBRANOR, SELADELPAR

[1] – program lekowy, do którego ma zastosowanie przepis § 25 ust. 9 zarządzenia
[2] – technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności - technologia lekowa, o której mowa w art. 2 pkt 24b ustawy o refundacji
[3] – substancja czynna finansowana na podstawie art. 37b ustawy o refundacji

Załącznik nr 8 do zarządzenia nr 110/2026/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 6 listopada 2026 r.

Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych

Lp.	program lekowy		produkt rozliczeniowy z katalogu ryczałtów, w odniesieniu do którego współczynnik korygujący może zostać zastosowany		świadczenie z katalogu świadczeń, w odniesieniu do którego współczynnik korygujący może zostać zastosowany		substancja czynna		próg kosztowy rozliczenia substancji czynnej uprawniający do zastosowania współczynnika korygującego		wartość współczynnika korygującego	uwagi
	kod świadczenia	nazwa	kod produktu	nazwa	kod świadczenia	nazwa	kod produktu	nazwa	wartość	jednostka		
	1		*2*		*3*		*4*		*5*		*6*	*7*
1	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	-	-	5.08.09.0000008	bosentanum	0,0371	zł/mg	1,17	1. Współczynnik korygujący może zostać zastosowany w odniesieniu do produktu rozliczeniowego wskazanego w kolumnie 2 lub świadczenia wskazanego w kolumnie 3, rozliczanego w związku z terapią pacjentów, u których stosowana jest substancja czynna, o której mowa kolumnie 4, spełniająca warunek kosztowy określony w kolumnie 5 w przypadku każdego z podań lub wydań leku danemu pacjentowi w danym okresie. 2. Współczynnik korygujący stosuje się do rozliczenia ułamkowej części wartości produktu, o którym mowa w kolumnie 2, przysługującej za dany okres lub do świadczeń, o których mowa w kolumnie 3, wykonanych i sprawozdanych za dany okres, związanych z podaniem substancji czynnej spełniającej warunek kosztowy.
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			0,0371	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			0,0371	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			0,0371	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			0,0371	zł/mg	1,40	
2	03.0000.331.02	Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego	5.08.08.0000038	Diagnostyka w programie leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego	-	-	5.08.09.0000066	treprostinil	124,6252	zł/mg	1,17	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			124,6252	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			124,6252	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			124,6252	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			124,6252	zł/mg	1,80	
3	03.0000.339.02	Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów leczonych nerkozastępczo dializami	-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu	5.08.09.0000011	cinacalcetum	0,19	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			0,19	zł/mg	1,40	
4	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	1,5307	zł/mg	1,17	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			1,5307	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40	

5	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	1,5307	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			1,5307	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
6	03.0000.335.02	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	1,5307	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
7	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	1,5307	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
8	03.0000.347.02	Leczenie chorych z łuszczycą	5.08.08.0000352	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycą (dotyczy łuszczycy plackowatej i zapobiegania zaostrzeniom uogólnionej łuszczycy krostkowej) – 1 rok terapii	-	-	5.08.09.0000033	infliximabum	1,5307	zł/mg	2,00
			5.08.08.0000353	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycą (dotyczy łuszczycy plackowatej i zapobiegania zaostrzeniom uogólnionej łuszczycy krostkowej) – 2 i kolejny rok terapii	-	-			1,5307	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u			1,5307	zł/mg	1,40

						dzieci					
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
9	03.0000.355.02	Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)	-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu	5.08.09.0000033	infliximabum	1,5307	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			1,5307	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,5307	zł/mg	1,40
10	03.0000.327.02	Leczenie przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą	5.08.08.0000333	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (tobramycyna) - 1 rok terapii	-	-	5.08.09.0000061	tobramycinum	0,0472	zł/mg	1,70
			5.08.08.0000334	Diagnostyka w programie leczenia przewlekłych zakażeń płuc u świadczeniobiorców z mukowiscydozą (tobramycyna) - 2 i kolejny rok terapii	-	-			0,0472	zł/mg	1,70
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			0,0472	zł/mg	1,40
11	03.0000.332.02	Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	5.08.08.0000040	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	2,5632	zł/mg	1,17
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,5632	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
12	03.0000.333.02	Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	5.08.08.0000042	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	2,5632	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,5632	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie			2,5632	zł/mg	1,40

						ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu					
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
13	03.0000.335.02	Leczenie chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	5.08.08.0000044	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycowym zapaleniem stawów (ŁZS)	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	2,5632	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
14	03.0000.336.02	Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	5.08.08.0000045	Diagnostyka w programie leczenia chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	2,5632	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
15	03.0000.347.02	Leczenie chorych z łuszczycą	5.08.08.0000352	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycą (dotyczy łuszczycy plackowatej i zapobiegania zaostrzeniom uogólnionej łuszczycy krostkowej) – 1 rok terapii	-	-	5.08.09.0000001	adalimumabum	2,5632	zł/mg	2,00
			5.08.08.0000353	Diagnostyka w programie leczenia chorych z łuszczycą (dotyczy łuszczycy plackowatej i zapobiegania zaostrzeniom uogólnionej łuszczycy krostkowej) – 2 i kolejny rok terapii	-	-			2,5632	zł/mg	2,00
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000002	hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci			2,5632	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
			-	-	5.08.07.0000026	przyjęcie pacjenta raz na 3 miesiące w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			2,5632	zł/mg	1,40
16	03.0000.375.02	Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń	5.08.08.0000273	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami	-	-	5.08.09.0000054	rytuksymabum	1,0341	zł/mg	2,00

				naczyń - 1 rok terapii (rytuksymab)								
			5.08.08.0000274	Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń - 2 i kolejny rok terapii (rytuksymab)	-	-			1,0341	zł/mg	2,00	
			-	-	5.08.07.0000001	hospitalizacja związana z wykonaniem programu			1,0341	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000003	hospitalizacja w trybie jednodniowym związana z wykonaniem programu			1,0341	zł/mg	1,80	
			-	-	5.08.07.0000004	przyjęcie pacjenta w trybie ambulatoryjnym związane z wykonaniem programu			1,0341	zł/mg	1,80	

Załącznik nr 9 do zarządzenia nr 110/2026/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 6 listopada 2026 r.

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

1.	**Charakterystyka świadczenia**	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia chorób ultrarzadkich oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	1) Leczenie pacjentów z chorobą Gauchera typu I oraz typu III; 2) Leczenie choroby Hurler; 3) Leczenie pacjentów z chorobą Pompego; 4) Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą typu II (zespół Huntera); 5) Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii; 6) Leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1); 7) Leczenie pacjentów z wrodzonymi zespołami autozapalnymi; 8) Leczenie choroby Fabry`ego; 9) Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych; 10) Leczenie chorych na cystynozę nefropatyczną; 11) Leczenie zapobiegawcze chorych z nawracającymi napadami dziedzicznego obrzęku naczynioruchowego o ciężkim przebiegu; 12) Leczenie amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona; 13) Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego; 14) Leczenie kwasem kargluminowym chorych z acyduriami organicznymi: propionową, metylomalonową i izowalerianową; 15) Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH); 16) Leczenie chorych z niedoborem kwaśniej sfingomielinazy (ASMD) typu A/B i B; 17) Leczenie chorych z objawami kostnymi w przebiegu hipofosfatazji; 18) Leczenie pacjentów z achondroplazją 19) Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES)
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	1) E 74.0 – Choroba spichrzeniowa glikogenu, choroba Pompego; 2) E 75 – Zaburzenia przemian sfingolipidów i inne zaburzenia spichrzania lipidów; 3) E 76.0 – Mukopolisacharydoza typu I, choroba Hurlera; 4) E 76.1 – Mukopolisacharydoza typu II, zespół Huntera; 5) E 72.1 – Zaburzenia przemian aminokwasów zawierających siarkę; 6) E 75.2 – Inne sfingolipidozy, choroba Fabry`ego; ASMD 7) E 70.2 – Zaburzenia przemian tyrozyny; 8) E 85 – Amyloidoza, skrobiawica; 9) R 50.9 – Gorączka, nie określona; 10) D 89.8 – Inne określone zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów immunologicznych, niesklasyfikowane gdzie indziej; 11) D 89.9 – Zaburzenia przebiegające z udziałem mechanizmów, nie określone; 12) E 71.1 – Inne zaburzenia przemian aminokwasów o rozgałęzionych łańcuchach; 13) E 71.3 – Zaburzenia przemian kwasów tłuszczowych; 14) E 72.3 – Zaburzenia przemian lizyny i hydroksylizyny; 15) E 72.0 – Zaburzenia transportu aminokwasów; 16) D 84.1 – Zaburzenia układu dopełniacza; 17) G 73.1 - Zespół Eatona-Lamberta; 18) E 72.2 – Zaburzenia przemian cyklu mocznikowego 19) E 83.3 – Zaburzenia przemian fosforu 20) Q 77.4 – Achondroplazja 21) D 72.11 – Zespół hipereozynofilowy
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego	Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultrarzadkich

	odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. chorób ultrarzadkich – Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego
1.6	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści z dziedzin medycyny właściwych dla programu lekowego
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 CHOROBĄ 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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

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

_____ _____

B. Dane auksologiczne pacjenta:

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

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

C Wywiad:

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

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

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

_____

_____

_____

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

Poród (T/N):

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

Akcja porodowa (T/N):

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

_____

_____

_____

Inne dane z wywiadu:

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

_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

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

_____

_____

D. Stan przedmiotowy:

69. Data badania: _____

70. Ciśnienie tętnicze krwi: _____ mmHg

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

_____

_____

_____

E. Badania dodatkowe:

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

* *zgodnie z opisem programu – wynik nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz 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 _____

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

_____

115. Nazwisko _____

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

_____

UWAGA! Wniosek bez oceny stężeń alfa-glukozydazy oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany. Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. chorób ultrarzadkich.

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

I B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ POMPEGO

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie 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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data _____

_____

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

Data _____

_____

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/

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 PACJENTÓW Z CHOROBĄ GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną do Zespołu Koordynacyjnego – na wniosku należy uzupełnić nr pacjenta w systemie 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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

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

_____ _____

B. Dane auksologiczne pacjenta:

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

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

C Wywiad:

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

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

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

_____

_____

_____

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

Poród (T/N):

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

Akcja porodowa (T/N):

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

64. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

_____

_____

Inne dane z wywiadu:

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

_____

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

_____

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

_____

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

_____

D. Stan przedmiotowy:

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

_____

_____

E. Badania dodatkowe:

71. Badanie aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy _____ (zakres normy _____),
72. Data badania _____
73. Poziom przeciwciał przeciwko imiglucerazie* _____ (zakres normy _____),
74. Data badania _____

* badanie konieczne przy decyzji o zwiększeniu dawki leku

75. Oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6** _____
76. Data badania _____

** *wyłącznie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem*

F. Wynik badania genetycznego:

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

_____

_____

81. Pracownia wykonująca badanie _____

_____

G. Badania obrazowe:

USG układu sercowo-naczyniowego (w uzasadnionych przypadkach)

82. Data badania _____
83. Opis _____

_____

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

84. Data badania _____
85. Opis _____

_____

_____

USG jamy brzusznej, z określeniem objętości śledziony i wątroby (należy podać wymiary)

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 (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody)

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 _____

_____

98. AST data badania _____

_____

99. ALT data badania _____

_____

100. Oznaczenie poziomu cholesterolu całkowitego, LDL, HDL data badania _____

_____

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

_____

101. Chitotriozydaza data badania _____

_____

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

_____

103. Oznaczenie poziomu biomarkera Lyso-GB1 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. Potwierdzam, że pacjent spełnia ogólne kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego.

110. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku **wraz ze wskazaniem substancji czynnej,**
do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

111. Imię _____ 112. Nazwisko _____

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

_____

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

_____

UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężeń β-glukocerebrozydazy, poziomu biomarkera Lyso-GB1, aktywności chitotriozydazy oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

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

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie 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 (nazwa substancji czynnej którą pacjent jest leczony, 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. Ocena tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania			

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 180 dni) _____		
27. Układ krzepnięcia APTT, INR (co 180 dni)		
28. Oznaczenie poziomu biomarkera Lyso-GB1 (co 365 dni)		
26. EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem) (co 365 dni) _____		
30. Inne badania (jakie i kiedy wykonano)_____ _____		
31. Ocena miana przeciwciał przeciwko imiglucerazie lub welaglucerazie – nie jest obligatoryjne (co 180 dni)*		

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

(b) Wyniki innych badań i konsultacji:

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

_____

_____

27. Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich (co 365 dni) _____

_____

_____

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

_____

_____

35. Wynik i data konsultacji neurologicznej , EEG, MRI OUN w uzasadnionych przypadkach (co 365 dni)_____

_____

_____

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

_____

_____

30. Wynik i data USG jamy brzusznej z oceną wielkości wątroby i śledziony – należy podać wymiary (co 180 dni) _____

_____

_____

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

_____

_____

32. RTG płuc (co 365 dni) _____

_____

_____

40. Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie) (co 365 dni)

_____

_____

_____

41. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

_____

_____

_____

42. Informacje dotyczące zmiany leku na podstawie kryteriów opisanych w aktualnie obowiązującym programie lekowym – należy wskazać kryterium zmiany leku zgodne z opisem programu lekowego, datę zmiany leku, dawkę leku oraz podać istotne informacje dot. zmiany leku _____

_____

_____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

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

_____

Data _____

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

II C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA 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/

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

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

_____ _____

B. Dane auksologiczne pacjenta:

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

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

C Wywiad:

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

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

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

_____

_____

_____

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

Poród (T/N):

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

Akcja porodowa (T/N):

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

_____

_____

_____

Inne dane z wywiadu:

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

_____

_____

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

_____

_____

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

_____

_____

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

_____

_____

D. Stan przedmiotowy:

69. Data badania: _____

70. Ciśnienie tętnicze krwi: _____ mmHg

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

_____

_____

E. Badania dodatkowe:

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

* badanie nieobligatoryjne

F. Wynik badania genetycznego:

77. Data badania _____ 78. Numer badania podany przez pracownię_____
79. Metoda badania_____

80. Wynik badania _____

_____

81. Pracownia wykonująca badanie _____

_____

G. Badania obrazowe:

USG układu sercowo-naczyniowego

82. Data badania _____
83. Opis _____

_____

_____

RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa

84. Data badania _____
85. Opis _____

_____

_____

MRI ośrodkowego układu nerwowego, z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa

86. Data badania _____
87. Opis _____

_____

_____

USG jamy brzusznej, ze szczególnym uwzględnieniem śledziony i wątroby

88. Data badania _____
89. Opis _____

_____

_____

H. Inne badania dodatkowe

EKG

90. Data badania _____
91. Opis _____

_____

_____

EMG (ukierunkowany przede wszystkim na występowanie zespołu cieśni nadgarstka)

92. Data badania _____

93. Opis _____

_____

_____

Audiogram

94. Data badania _____
95. Opis _____

_____

_____

Wynik testu 3/6 min. marszu

96. Data badania _____
97. Opis _____

_____

_____

Badanie spirometryczne układu oddechowego

98. Data badania _____
99. Opis _____

_____

_____

Badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej

100. Data badania _____
101. Opis _____

_____

_____

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

102. morfologia krwi, z rozmazem data badania _____

_____

_____

_____

Próby wątrobowe:

103. AspAT data badania _____

_____

104. ALAT data badania _____

105. wyniki oceny równowagi kwasowo-zasadowej data badania _____

Stężenie witamin:

106. vit. D data badania _____

107. vit. E data badania _____

108. Stężenie fosfatazy alkalicznej data badania _____

I. Inne badania i konsultacje

109. Konsultacja kardiologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

110. Konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

_____

_____

111. Konsultacja laryngologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

_____

_____

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

_____

_____

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

_____

_____

114. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

115. Imię _____

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

_____

116. Nazwisko _____

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

_____

UWAGA!

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

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

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

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie 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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data _____

_____

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

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

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.

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

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

_____ _____

B. Dane auksologiczne pacjenta:

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

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

C Wywiad:

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

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

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

_____

_____

_____

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

Poród (T/N):

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

Akcja porodowa (T/N):

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

_____

_____

_____

_____

_____

Inne dane z wywiadu:

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

_____

_____

_____

_____

Leczenie:

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

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

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

_____

_____

D. Stan przedmiotowy:

69. Data badania: _____

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

_____

_____

_____

_____

_____

E. Badania dodatkowe:

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

* *badanie nie jest obligatoryjne*

F. Wynik badania genetycznego[1]:

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

_____

_____

80. Pracownia wykonująca badanie _____

_____

G. Badania obrazowe:

EKG

81. Data badania _____
82. Opis _____

_____

_____

_____

_____

RTG kręgosłupa

83. Data badania _____
84. Opis _____

_____

_____

_____

_____

_____

MRI ośrodkowego układu nerwowego, z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa

85. Data badania _____

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

86. Opis _____

_____

_____

_____

_____

USG jamy brzusznej, ze szczególnym uwzględnieniem śledziony i wątroby

87. Data badania _____
88. Opis _____

_____

_____

_____

_____

RTG klatki piersiowej

89. Data badania _____
90. Opis _____

_____

_____

_____

_____

H. Inne badania dodatkowe

EMG (ukierunkowany przede wszystkim na występowanie zespołu cieśni nadgarstka)

91. Data badania _____
92. Opis _____

_____

_____

_____

_____

Audiogram

93. Data badania _____
94. Opis _____

_____

_____

_____

_____

Badanie spirometryczne

95. Data badania _____
96. Opis _____

_____

_____

_____

_____

Wynik testu 3/6 min. marszu

97. Data badania _____
98. Opis _____

_____

_____

_____

_____

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

99. układ krzepnięcia data badania _____

_____

_____

_____

100. proteinogram data badania _____

_____

_____

_____

próby wątrobowe:

101. AspAT data badania _____

102. ALAT data badania _____

103. CK data badania _____

104. stężenie bilirubiny całkowitej data badania _____

stężenie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach:

105. EEG data badania _____

106. Echokardiografia data badania _____

107. Gazometria data badania _____

108. Test SF36 data badania _____

I. Inne badania i konsultacje

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

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

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

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

113. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

_____

_____

114. Imię _____

115. Nazwisko _____

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

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

_____

_____

UWAGA!

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

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

IV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE PACJENTÓW MUKOPOLISACHARYDOZĄ TYPU II

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie 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. Układ krzepnięcia (co 180 dni)		
26. Gazometria (co 180 dni)		
Próby wątrobowe:		
27. — CK (co 180 dni)		
28. — AspAT (co 180 dni)		
29. — ALAT (co 180 dni)		
30. — stężenie bilirubiny całkowitej (co 180 dni)		
31. USG jamy brzusznej (co 180 dni)		
32. EKG (co 180 dni)		
33. Echokardiografia (co 180 dni)		
34. Wydalanie mukopolisacharydów z moczem (co 180 dni)		
35. Wynik testu 3/6 min. marszu (co 180 dni)		
36. Test SF 36		
37. Poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (nie jest obligatoryjne, co 180 dni)		
38.		
39. Inne badania (jakie i kiedy wykonane)		

(b) Wyniki innych badań i konsultacji:

40. Wynik i data konsultacji ortopedycznej (co 180 dni) _____

_____

41. Wynik i data badania wydolności układu oddechowego (z podaniem wyniku spirometrii) (co 180 dni) _____

_____

42. Wynik i data MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa (w uzasadnionych przypadkach, przede wszystkim w przypadku wodogłowia, co 365 dni)_____

_____

43. RTG kręgosłupa (co 365 dni) _____

_____

44. Wynik i data badania EMG w kierunku występowania zespołu cieśni nadgarstka (co 365 dni) _____

_____

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

_____

46. Wynik i data konsultacji okulistycznej z oceną dna oka (co 365 dni) _____

_____

47. Wynik i data konsultacji psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci (co 180 dni) _____

_____

48. RTG klatki piersiowej (co 365 dni)_____

_____

49. Badanie narządu ruchu i funkcji motorycznych _____

_____

50. EEG (co 180 dni) _____

_____

51. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

_____

_____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____ _____

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

Data _____ _____

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

IV C. Załącznik do wniosku o zakwalifikowanie pacjenta do leczenia w programie Leczenie pacjentów z mukopolisacharydozą 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/

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

_____

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

_____

B. Dane auksologiczne pacjenta:

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

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

C Wywiad:

43. Masa ciała przy urodzeniu (g) ____ 44. Długość ciała (cm)_____ 45. Obwód głowy (cm) _____
46. Który poród _____ 47. Która ciąża _____ 48. Czas trwania ciąży w tyg. __ 1), 2) *)
49. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), gdy N proszę opisać nieprawidłowości

_____

_____

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

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Cięcie cesarskie _____

Akcja porodowa (T/N):

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

_____

_____

Inne dane z wywiadu:

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

_____

_____

Czy było podwichnięcie soczewki (Tak/Nie): _____
Czy pacjent miał wykonaną lensektomię jeżeli tak to kiedy: _____
_____

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

_____

_____

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

_____

_____

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

_____

_____

D. Stan przedmiotowy:

58. Data badania: _____

59. Ciśnienie tętnicze krwi: _____ mmHg

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

_____

_____

_____

E. Badania dodatkowe:

61. Poziom homocysteiny całkowitej we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____
62. Poziom metioniny we krwi (aminoacydogram — opis) (zakres normy _____ Data badania _____

_____

Morfologia krwi:

63. Hematokryt _____ (zakres normy _____ Data badania _____
64. Hemoglobina _____ (zakres normy _____ Data badania _____
65. Liczba erytrocytów _____ (zakres normy _____ Data badania _____
66. Liczba leukocytów _____ (zakres normy _____ Data badania _____
67. Rozmaz (opis)

_____

_____

68. Liczba płytek krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____
69. Stężenie witaminy B12 we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____
70. Stężenie kwasu foliowego we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____
71. Profil kwasów organicznych moczu (metodą GC/MS) z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego (opis) _____ Data badania _____

_____

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

_____

73. Stężenie vit. 25 OH D_3 _____ (zakres normy _____ Data badania _____
74. Stężenie Ca całk. we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____
75. Stężenie fosforanów we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____
76. Stężenie fosfatazy alkalicznej we krwi _____ (zakres normy _____ Data badania _____

Test obciążenia witaminą B6 24 godziny po podaniu:

100 mg witaminy B6	77. Homocysteina we krwi _____	78. Metionina (osocze/surowica) _____
200 mg witaminy B6	79. Homocysteina we krwi _____	80. Metionina (osocze/surowica) _____
500 mg witaminy B6 (300 mg	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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

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

_____ _____

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

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

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

Karta obserwacji

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

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie 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_3			
35. Stężenie Ca całk. we krwi			
36. Stężenie fosforanów we krwi			
37. Stężenie fosfatazy alkalicznej we krwi			

Uwaga!

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

(b) Wyniki innych badań i konsultacji:

38. Wynik i data konsultacji neurologicznej

_____

_____

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

_____

_____

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

_____

_____

41. Wynik i data konsultacji dietetycznej. _____

Dieta z ograniczeniem białka (Tak/Nie) _____ Dobowe spożycie białka _____ g / kg m.c. / d

Opis konsultacji: _____

_____

42. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

_____

_____

_____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

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

_____

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

_____

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

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.

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

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

_____ _____

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____
40. Powierzchnia ciała (m2) _____

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

C. Wywiad:

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

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

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) ____ 43. Długość ciała (cm)_____ 44. Obwód głowy (cm) _____
45. Który poród _____ 46. Która ciąża _____ 47. Czas trwania ciąży w tyg. ___ 1), 2) *)
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) , gdy N proszę wypełnić następny punkt
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

_____

_____

_____

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

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Pośladkowy _____ 52. Cięcie cesarskie _____ 53. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

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

_____

_____

_____

_____

_____

Inne dane z wywiadu:

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

_____

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

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

_____

_____

D. Stan przedmiotowy:

64. Data badania: _____

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

_____

_____

_____

_____

_____

E. Badania:

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

_____

67. Data badania _____
68. Oznaczenie bursztynyloacetonu w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas zakres normy _____

_____

69. Data badania _____
70. Oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny zakres normy _____

_____

71. Data badania _____
72. Oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu — tyrozyna zakres normy _____

_____

73. Data badania _____
74. Morfologia krwi, z płytkami krwi zakres normy _____

_____

75. Data badania _____
76. ALAT zakres normy _____

_____

77. Data badania _____
78. AspAT zakres normy _____

_____

79. Data badania _____
80. Bilirubina całkowita i frakcje zakres normy _____

_____

81. Data badania _____
82. Fosfataza alkaliczna zakres normy _____

_____

83. Data badania _____
84. GGTP zakres normy _____

_____

85. Data badania _____
86. INR zakres normy _____

_____

87. Data badania _____
88. Czas protrombinowy zakres normy _____

_____

89. Data badania _____

90. APPT zakres normy _____

_____

91. Data badania _____

92. Białko całkowite, albuminy we krwi zakres normy _____

_____

93. Data badania _____

94. Gazometria zakres normy _____

_____

95. Data badania _____

96. Sód, potas, chlorki we krwi zakres normy _____

_____

97. Data badania _____

98. Wapń, fosfor we krwi zakres normy _____

_____

99. Data badania _____

100. Wapń, fosfor w moczu zakres normy _____

_____

101. Data badania _____

102. Mocznik, kreatynina we krwi zakres normy _____

_____

103. Data badania _____

104. Kwas moczowy we krwi zakres normy _____

_____

105. Data badania _____

106. Kwas moczowy w moczu zakres normy _____

_____

107. Data badania _____

108. Kreatynina w moczu zakres normy _____

_____

109. Data badania _____

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej z oceną wątroby

110. Data badania _____

111. Opis _____

_____

_____

Badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej

112. Data badania _____

113. Opis _____

_____

_____

G. Inne badania i konsultacje

114. Konsultacja dietetyczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

_____

_____

115. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

_____

116. Imię _____ 117. Nazwisko _____

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

_____

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

_____

UWAGA!

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

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

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

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie 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 tyrozynemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc.

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

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

_____

_____

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

_____

_____

45. konsultacja dietetyczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

_____

_____

46. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

_____

_____

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

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____ _____

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

Data _____ _____

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

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

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.

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

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

_____ _____

B. Dane auksologiczne pacjenta:

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

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

C. Wywiad:

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

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

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

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

58. Czy w czasie epizodów obserwuje się kaszel i/lub bóle w klatce piersiowej i/lub wysięki w opłucnej ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.
Jeśli tak, to opisz _____

59. Czy w czasie epizodów obserwuje się bóle brzucha ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE.
Jeśli tak, to opisz

_____

60. Czy w czasie epizodów obserwuje się biegunki? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to opisz

_____

61. Czy w czasie epizodów obserwuje się krew w stolcu ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to opisz

_____

62. Czy w czasie epizodów obserwuje się zmiany skórne ? NIGDY / RZADKO / CZASAMI / CZĘSTO / ZAWSZE
Jeśli tak, to opisz

_____

63. Czy u pacjenta stwierdzono niedosłuch ? TAK / NIE / NIE WYKONYWANO BADANIA SŁUCHU
Jeśli tak, to opisz

_____

64. Czy u pacjenta stwierdza się upośledzenie rozwoju psychoruchowego TAK / NIE
Jeśli tak, to opisz

_____

65. Czy u pacjenta stwierdza się inne objawy/ dolegliwości pomiędzy nawrotami choroby ? TAK / NIE
Jeśli tak, to opisz

_____

66. Czy rozpoznano u pacjenta nadciśnienie tętnicze TAK / NIE
Jeśli tak, to kiedy, o jakim podłożu i jak leczone

_____

67. Czy rozpoznano u pacjenta niewydolność nerek i/lub białkomocz i /lub krwinkomocz TAK / NIE
Jeśli tak, to opisz

_____

68. Czy pacjent był/jest leczony anakinrą TAK / NIE
jeśli tak, to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo

_____

_____

_____

69. Czy pacjent był/jest leczony innymi lekami TAK/NIE
Jeśli tak, to od kiedy, w jakiej dawce i przez kogo

_____

_____

70. Inne choroby przewlekłe TAK/ NIE
Jeśli tak, to opisz _____
(proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

_____

_____

_____

D. Stan przedmiotowy:

71. Data badania: _____

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

_____

_____

E. Badania:

73. Data badania _____
74. Morfologia krwi z rozmazem _____ zakres normy _____

_____

_____

75. Data badania _____
76. ALAT zakres normy _____

_____

_____

_____

77. Data badania _____
78. AspAT zakres normy _____

_____

_____

_____

79. Data badania _____
80. GGTP zakres normy _____

_____

81. Data badania _____
82. Ob. zakres normy _____

_____

83. Data badania _____
84. CRP zakres normy _____

_____

85. Data badania _____
86. SAA zakres normy _____

_____

_____

_____

87. Data badania _____

88. Prokalcytonina zakres normy _____

89. Data badania _____

90. Ferrytyna zakres normy _____

91. Data badania _____

92. Czas protrombinowy zakres normy _____

93. Data badania _____

94. APPT zakres normy _____

95. Data badania _____

96. D-dimery zakres normy _____

97. Data badania _____

98. Fibrynogen zakres normy _____

99. Data badania _____

100. Mocznik, kreatynina we krwi zakres normy _____

101. Data badania _____

102. Klirens kreatyniny zakres normy _____

103. Data badania _____

104. Ciśnienie tętnicze skurczowe/rozkurczowe zakres normy _____

105. Data badania_____

106. Albuminy i proteinogram zakres normy _____

_____

107. Data badania _____

108. Badanie serologiczne HBV i HCV zakres normy _____

_____

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej z oceną wątroby

109. Data badania _____

110. Opis _____

_____

_____

Badanie RTG klatki piersiowej

111. Data badania _____

112. Opis _____

_____

_____

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

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

_____

_____

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

_____

_____

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

_____

_____

_____

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

_____

_____

117. Konsultacja stomatologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

_____

_____

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

_____

_____

119. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

120. Imię _____ 121.Nazwisko _____

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

UWAGA!

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

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. chorób ultrarzadkich z dopiskiem „Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego”.

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

VII B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIA WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

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

_____

nadruk lub pieczątka zawierające

Data _____

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/

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

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

_____ _____

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____
40. Wskaźnik masy ciała (BMI) _____

*) Określane dla pacjentów do 18. r.ż, dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C. Wywiad:

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

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

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) ____ 43. Długość ciała (cm)_____ 44. Obwód głowy (cm) _____
45. Który poród _____ 46. Która ciąża _____ 47. Czas trwania ciąży w tyg. ___ 1), 2) *)
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____ gdy N proszę wypełnić następny punkt
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

_____

_____

_____

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

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Pośladkowy_____ 52. Cięcie cesarskie _____ 53. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

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

_____

Inne dane z wywiadu – w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego
(w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angikeratomy)

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

_____

_____

61. Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza

_____

_____

62. Postać choroby Fabry`ego*: klasyczna / nieklasyczna
* niepotrzebne skreślić

63. Czy pacjent był leczony (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, w jakiej dawce, przez kogo, czy obecnie jest w trakcie terapii, jeżeli tak – jaką substancją czynną) _____

_____

_____

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

_____

_____

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

_____

_____

D. Stan przedmiotowy:

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

_____

_____

_____

E. Badania:

68. Wynik badania genetycznego (w przypadku kwalifikacji do leczenia migalastatem – obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego) _____

_____ 69. Data badania _____

70. Oznaczenie poziomu globotriaozylosfingozyny (lyso-Gb3): _____

zakres normy _____ 71. Data badania _____

72. Ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry lub osoczu lub surowicy (zgodnie z kryteriami kwalifikacji)

_____

_____

zakres normy _____ 73. Data badania _____

74. Morfologia krwi z rozmazem _____

zakres normy _____ 75. Data badania _____

76. ALAT _____

zakres normy _____ 77. Data badania _____

78. AspAT

_____

_____

zakres normy _____ 79. Data badania _____

80. Kinaza keratynowa (CK)

_____

_____

zakres normy _____ 81. Data badania _____

82. Bilirubina całkowita _____

zakres normy _____ 83. Data badania _____

84. Badanie ogólne moczu _____

zakres normy _____ 85. Data badania _____

86. Stężenie kreatyniny i mocznika

_____

_____

zakres normy _____ 87. Data badania _____

88. eGFR (w przypadku kwalifikacji do migalastatu GFR ≥30 ml/min/1,73m^2)

_____

_____

zakres normy _____ 89. Data badania _____

90. Wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria

_____

_____

zakres normy _____ 91. Data badania _____

92. Stężenie glukozy na czczo

_____

_____

zakres normy _____ 93. Data badania _____

94. Lipidogram

_____

_____

zakres normy _____ 95. Data badania _____

96. Troponina

_____

_____

zakres normy _____ 97. Data badania _____

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej z oceną nerek

98. Data badania _____
99. Opis _____

_____

_____

EKG

100. Data badania _____
101. Opis _____

_____

_____

Echokardiografia spoczynkowa

102. Data badania _____
103. Opis _____

_____

_____

24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera

104. Data badania _____
105. Opis _____

_____

Rezonans magnetyczny mózgu

106. Data badania _____
107. Opis _____

_____

G. Inne badania i konsultacje

108. Konsultacja kardiologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

_____

_____

109. Konsultacja nefrologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

_____

_____

110. Konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

_____

_____

111. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

_____

112. Imię _____

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

_____

113. Nazwisko _____

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

_____

UWAGA!

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

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

VIII B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHOROBY FABRY`EGO

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić np. pacjenta w systemie 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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data _____ _____

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

VIII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHOROBY FABRY`EGO

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.

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 CHOROBACH METABOLICZNYCH

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

WNIOSEK

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy uzupełnić nr pacjenta w systemie 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 pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

_____

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

_____

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____
40. Wskaźnik masy ciała (BMI) _____

*) Określane dla pacjentów do 18. r.ż, dane dotyczące pomiarów antropometrycznych proszę odnieść do siatek centylowych wg Palczewskiej i Niedźwieckiej

C. Wywiad:

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

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

42. Masa ciała przy urodzeniu (g) ____ 43. Długość ciała (cm)_____ 44. Obwód głowy (cm) _____
45. Który poród _____ 46. Która ciąża _____ 47. Czas trwania ciąży w tyg. ___ 1), 2) *)
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____ gdy N proszę wypełnić następny punkt
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

_____

_____

_____

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

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury _____ 51. Pośladkowy _____ 52. Cięcie cesarskie _____ 53. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

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

_____

_____

Rozpoznanie:

60. Data rozpoznania lub wiek rozpoznania: _____

61. Rozpoznanie:_____

_____

62. Podstawa postawienia rozpoznania (należy zaznaczyć właściwe): biochemiczne ☐, enzymatyczne ☐, molekularne ☐,

Badanie podmiotowe:

63. Data badania: _____

64. _____

_____

Badanie przedmiotowe (znaczące dla danej choroby odchylenia od stanu prawidłowego):

65. Data badania: _____

66. _____

_____

_____

E. Badania:

67. Stężenie karnityny wolnej _____

_____ 68. Data badania _____

69. Stężenie karnityny całkowitej _____

zakres normy _____ 70. Data badania _____

71. Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas – wynik badania należy dołączyć do wniosku

_____

72. Data badania _____

73. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

_____

74. Imię _____

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

75. Nazwisko _____

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

_____ _____

UWAGA!

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

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

IX B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBACH METABOLICZNYCH

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

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

1. Imię _____ 2. Nazwisko _____
3. PESEL _____
4. Data urodzenia _____ 5. Nr historii choroby _____
   Nr pacjenta w 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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data _____ _____

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

IX C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBACH METABOLICZNYCH

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.

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 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 pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____ Nr karty lub historii choroby pacjenta _

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię _____ 33. Nazwisko _____

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

_____

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

_____

B. Dane auksologiczne pacjenta:

34. Wysokość ciała (cm) _____ 35. centyl *) _____ 36. Data pomiaru _____
37. Masa ciała (kg) _____ 38. centyl *) _____ 39. Data pomiaru _____
40. Powierzchnia ciała (m2) _____

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

C. Wywiad:

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

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

42. Masa ciała przy urodzeniu (g)____ 43. Długość ciała (cm) _____ 44. Obwód głowy (cm) _____
45. Który poród _____ 46. Która ciąża _____ 47. Czas trwania ciąży w tyg. ___ 1), 2) *)
48. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) , gdy N proszę wypełnić następny punkt
49. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

_____

_____

_____

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

Poród (T/N):

50. Fizjologiczny, siłami natury ____ 51. Pośladkowy_____ 52. Cięcie cesarskie _____ 53. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

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

_____

Inne dane z wywiadu:

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

_____

_____

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

_____

_____

_____

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

_____

_____

_____

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

_____

_____

D. Stan przedmiotowy:

64. Data badania: _____

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

_____

_____

_____

E. Badania dodatkowe:

66. Stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej _____ (zakres normy _____),
67. Data badania _____

F. Badania obrazowe:

USG jamy brzusznej

68. Data badania _____
69. Opis _____

_____

G. Inne badania dodatkowe

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

70. morfologia krwi pełna data badania _____

71. stężenie kreatyniny w surowicy krwi na czczo data badania _____

72. stężenie kreatyniny w porannej porcji moczu data badania _____

73. stężenie glukozy w surowicy krwi na czczo data badania _____

74. stężenie sodu w surowicy krwi na czczo data badania _____

75. stężenie potasu w surowicy krwi na czczo data badania _____

76. stężenie chloru w surowicy krwi na czczo data badania _____

77. stężenie wapnia w surowicy krwi na czczo data badania _____

78. stężenie wapnia w porannej porcji moczu data badania _____

79. stężenie magnezu w porannej porcji moczu data badania _____

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

81. stężenie fosforu w porannej porcji moczu data badania _____

_____

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

_____

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

_____

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

_____

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

_____

próby wątrobowe:

79. AspAT data badania _____

_____

87. ALAT data badania _____

_____

88. gazometria krwi żylnej data badania _____

_____

89. analiza moczu data badania _____

_____

90. stężenie TSH data badania _____

_____

80. stężenie fT4 data badania _____

I. Inne badania i konsultacje

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

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

82. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

83. konsultacja endokrynologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis)

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

97. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

98. Imię _____ 99. Nazwisko _____

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

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

UWAGA!

1. Wniosek bez oceny stężenia hemicystyny (cystyny) oraz innych, niezbędnych badań i konsultacji do rozpoznania i oceny zaawansowania choroby nie będzie rozpatrywany.

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

X B. KARTA MONITOROWANIA TERAPII PACJENTA LECZONEGO W RAMACH PROGRAMU LECZENIE CHORYCH NA CYSTYNOZĘ NEFROPATYCZNĄ

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. CHORÓB ULTRARZADKICH

(*Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać co 6 miesięcy do Zespołu Koordynacyjnego – na karcie należy wpisać nr pacjenta w systemie 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 żylnej	
37. analiza moczu	
39. stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej (raz na 180 dni)	

40. konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR (data konsultacji, szczegółowy opis – raz na 90 dni)

_____

_____

(b) Wyniki innych badań i konsultacji (do wykonania co 180 dni):

41. stężenie TSH (data badania, wynik) _____

_____

_____

42. Stężenie fT4 (data badania, wynik) _____

_____

_____

43. konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym) (data konsultacji, szczegółowy opis)_____

_____

_____

44. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

_____

(c) Wyniki innych badań i konsultacji (do wykonania co 365 dni):

45. USG jamy brzusznej (data badania, wynik) _____

_____

46. konsultacja neurologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

_____

47. konsultacja endokrynologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

_____

48. konsultacja psychologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

_____

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

_____

50. konsultacja gastrologiczna (data konsultacji, szczegółowy opis) _____

_____

51. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

_____

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data

_____

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

Data

_____

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

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

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.

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
o kwalifikację berotralstatem / lanadelumabem*

***należy zaznaczyć**

(Wypełniony wniosek należy przesłać w wersji elektronicznej oraz papierowej do Zespołu Koordynacyjnego)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL pacjenta _____
4. Data urodzenia _____ 5. Płeć _____ 6. Data wystawienia wniosku _____

7. Imię _____ 8. Nazwisko _____

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

Ojciec:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

Matka:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

Opiekun:

13. Imię _____ 14. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

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

Jednostka wystawiająca wniosek:

24. Pełna nazwa _____

_____

25. Miejscowość _____ 26. Kod _____
27. Ul. _____ 28. Nr _____
29. Tel. _____ 30. Fax _____
31. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

32. Imię _____ 33. Nazwisko _____

nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,

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

numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

_____ _____

B. Dane pacjenta:

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

C. Wywiad:

36. Informacja o stanie zdrowia rodziców i rodzeństwa (proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania choroby w rodzinie pacjenta – proszę o szczegółowe dane w przypadku występowania lub podejrzenia występowania choroby w rodzinie pacjenta

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

Inne dane z wywiadu:

Rozpoznanie – dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE): TYP I / TYP II*

*proszę zaznaczyć

37. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące przebiegu choroby, w tym udokumentowanie występowania ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego — w poprzedzających 6 miesiącach opis. _____

_____

_____

_____

_____

38. Czy pacjent był leczony w ramach profilaktyki długoterminowej lekami poza wskazaniami rejestracyjnymi (leki prozakrzepowe, androgeny) (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) _____

_____

_____

_____

39. Czy pacjent był leczony z powodu napadów (Tak/Nie — jeżeli tak, to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) – konieczne podanie szczegółowych informacji dotyczących użycia leków ratunkowych z okresu poprzedzających 6 miesięcy

_____

_____

40. Czy pacjent był leczony w ramach profilaktyki krótkoterminowej (Tak/Nie — jeżeli tak to od kiedy, jakie leki, w jakiej dawce i z jakim efektem) _____

_____

_____

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

_____

_____

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

_____

_____

D. Stan przedmiotowy:

43. Data badania: _____

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

_____

_____

E. Badania dodatkowe:

45. Stężenie inhibitora C1 esterazy we krwi _____ (zakres normy _____),
46. Data badania 1). _____
Data badania 2). _____
(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

47. Aktywność inhibitora C1 esterazy we krwi (jeśli dotyczy*) _____ (zakres normy _____),
48. Data badania 1). _____
Data badania 2). _____
(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.
*jeśli stężenie C1-esterazy jest prawidłowe

49. Stężenie składowej ~~C1~~ C4 dopełniacza _____ (zakres normy _____),
50. Data badania 1)_____
Data badania 2). _____
(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

51. Stężenie składowej C1q dopełniacza (jeśli dotyczy**) _____ (zakres normy _____),
52. Data badania 1) _____
Data badania 2). _____
(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.
**badanie wymagane w przypadku ujemnego wywiadu rodzinnego; dotyczy pacjentów, u których pierwszy napad nastąpił

powyżej 40. roku życia.

53. Morfologia krwi _____ (zakres normy _____),
54. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

55. Badanie ogólne moczu _____ (zakres normy _____),
56. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

57. Czas koalinowo-kefalinowy (APTT) _____ (zakres normy _____),
58. Data badania _____
59. Oznaczenie INR _____ (zakres normy _____),
60. Data badania _____
61. AspAT _____ (zakres normy _____),
62. Data badania _____

63. AlAT _____ (zakres normy _____),
64. Data badania _____

65. Bilirubina całkowita _____ (zakres normy _____),
66. Data badania _____
67. Próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym – dodatnia TAK ☐ NIE. ☐
68. Fosfataza alkaliczna - dla berotralstatu _____ (zakres normy _____),
69. Data badania _____

70. Kreatyniny (eGFR)- dla berotralstatu _____ (zakres normy _____),
71. Data badania _____

72. EKG- w przypadku wskazań klinicznych, dla berotralstatu

_____

_____

73. Data badania _____

74. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

75. Imię _____ 76. Nazwisko _____

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

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

_____

_____

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

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

SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

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

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

Data

_____

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

XI C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU

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.

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

_____

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

_____

B. Dane pacjenta:

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

C. Wywiad:

1) wiek: 18 lat i powyżej;
2) rozpoznanie zespołu miastenicznego Lamberta-Eatona (LEMS) wraz z kompletem badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie;
3) dodatni wynik przeciwciał przeciwko VGCC lub wykazanie cech LEMS w elektrostymulacyjnej próbie męczliwości pod postacią znamiennego torowania;
4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
5) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;

Potwierdzam, że pacjent spełnia ww. kryteria zgodnie z opisem programu lekowego

36. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Proszę podać także dokładne dane dotyczące przebiegu choroby,_____

    _____

    _____

37. Inne choroby przewlekłe (T/N) w tym obecność nowotworów: _____
    (proszę podać szczególnie dane dotyczące chorób, które mogą wpływać na efektywność terapii)

    _____

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

    _____

    _____

D. Stan przedmiotowy:

39. Data badania: _____

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

    _____

    _____

E. Badania dodatkowe:

41. Oznaczenie przeciwciał anty VGCC* _____ (zakres normy _____),
42. Data badania: _____

*lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości

43. badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości); _____
44. Data badania: _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

45. Morfologia krwi _____ (zakres normy _____),
46. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

47. AlAT _____ (zakres normy _____),
48. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

49. AspAT) _____ (zakres normy _____),
50. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

51. stężenie kreatyniny _____ (zakres normy _____),
52. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

53. Ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny – dotyczy pacjentów z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata – ryzyko charakteru paranowotworowego choroby)

_____
_____

54. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

55. USG lub TK jamy brzusznej (dotyczy pacjentów z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata – ryzyko charakteru paranowotworowego choroby)

_____
_____

56. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

57. EKG

_____
_____

58. Data badania _____

(w przypadku nieprawidłowości proszę o wskazanie szczegółów)

59. Test 6 minutowego chodu

_____

_____

_____

_____

60. Badanie ergometryczne

_____

_____

_____

_____

61. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

_____

_____

62. Imię _____

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

_____

63. Nazwisko _____

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

_____

XII B. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA

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.

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

_____

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

_____

B. Dane pacjenta:

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

C. Wywiad:

Zaburzenia cyklu mocznikowego potwierdzone badaniem*:

a) enzymatycznym,
b) biochemicznym lub
c) genetycznym

obejmujące niedobór*:

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

*proszę zaznaczyć rodzaj badania oraz niedobór

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

_____

_____

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

_____

_____

D. Stan przedmiotowy:

38. Data badania: _____

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

_____

_____

E. Badania dodatkowe:

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

44. Profil aminokwasów w osoczu; _____ (zakres normy _____),

45. Data badania: _____

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

47. Data badania _____

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

49. Data badania _____

(*przy podejrzeniu zespołu HHH)

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

51. Data badania _____

(*przy podejrzeniu deficytu ligazy argininobursztynianu)

52. Analiza DNA w kierunku wariantu odpowiedzialnego za hiperamonemię

_____ _____

53. Data badania _____

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

_____

_____

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

_____

_____

56. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

57. Imię _____ 58. Nazwisko _____

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

_____

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

_____

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

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

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

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

Data

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

XIII 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/

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

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

_____ _____

B. Dane pacjenta:

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

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 odchyleń 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 wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

63. Imię _____ 64. Nazwisko _____

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

_____

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

_____

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

XIV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGREMIE LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ

(*Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać 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. Imię i nazwisko _____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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data

_____

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

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/

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

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

_____ _____

B. 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 moczu		
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		
Badanie RTG kośćca (data badania, wynik)		
Badanie USG nerek (data badania, wynik)		
Ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS (dotyczy dzieci w wieku ≥1 r.ż. oraz młodzieży);		

Ocena nasilenia bólu w skali BPI w ostatnich 7 dniach (dotyczy dorosłych);
Ocena funkcjonowania fizycznego w skali WOMAC (dotyczy dorosłych).

- ☐ wykluczenie ciężkiego zaburzenia czynności nerek lub schyłkowej niewydolności nerek;
- ☐ wykluczenie pierwotnej nadczynności przytarczyc;
- ☐ brak przeciwskazań do terapii określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL);

Dzieci w wieku ≥1 r.ż. oraz młodzież:

- ☐ dzieci w wieku ≥1 r.ż. oraz młodzież, u której nie nastąpiło zamknięcie płytki wzrostowej (chrząstki nasadowej);
- ☐ radiologicznie potwierdzona choroba kości (RSS ≥2);

Dorośli:

- ☐ obecne uporczywe (przewlekłe) oraz wyniszczające kliniczne objawy choroby w wyniku przewlekłej hipofosfatemii (definiowane jako obecność bólu szkieletowego związanego z XLH tj. wynik >4 w skali BPI „najgorszy ból" w ostatnich 7 dniach) (dotyczy pacjentów nieleczonych burosumabem przed 18 r. ż.);
- ☐ chorzy u których doustne fosforany i aktywna witamina D nie mogą być zastosowane ze względu na nietolerancję lub niewystarczającą skuteczność;
- ☐ chorzy, u których stwierdza się obecność pseudozłamań i/lub cech znacznej osteomalacji w badaniu obrazowym (dotyczy pacjentów nieleczonych burosumabem przed 18 r. ż.);

39. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

Potwierdzam, że pacjent spełnia wszystkie kryteria określone programem lekowym:

40. Imię _____

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

_____

41. Nazwisko _____

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

_____

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

XV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGREMIE CHORYCH NA HIPOFOSFATEMIĘ SPRZĘŻONĄ Z CHROMOSOMEM X (XLH)

(*Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać do Zespołu Koordynacyjnego w interwałach czasowych określonych w aktualnie obowiązującym opisie programu lekowego B.151 Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH) – 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. Imię i nazwisko_____ 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 moczu		
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		
Badanie RTG stawów kolanowych i obu nadgarstków (data badania, wynik) (dotyczy dzieci w wieku ≥1 r.ż. oraz młodzieży);		
Ocena ciężkości krzywicy na podstawie skali RSS (dotyczy dzieci w wieku ≥1 r.ż. oraz młodzieży);		
Badanie USG nerek (data badania, wynik)		

Ocena funkcjonowania fizycznego w skali WOMAC (dotyczy dorosłych)
Ocena nasilenia bólu w skali BPI (dotyczy dorosłych)
Ocena skuteczności leczenia na podstawie wskaźników efektywności – zgodnie z aktualnie obowiązującym opisem programu lekowego B.151 Leczenie chorych na hipofosfatemię sprzężoną z chromosomem X (XLH) - dodatkowe uwagi lekarza prowadzącego:

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

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

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

Data _____

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

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/

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

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

_____ _____

B. 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-sphyngomyelin [data badania _____]

_____

_____

42. DLco (w przypadku pacjentów ≥18 r.ż.) [data badania _____]

_____

_____

43. aktywność chitotriozydazy [data badania _____]

_____

_____

44. USG jamy brzusznej z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony [data badania _____]

_____

_____

45. USG jamy brzusznej z oceną objętości (z podaniem wymiarów) wątroby [data badania _____]

_____

_____

46. MRI jamy brzusznej z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony [data badania _____]

_____

_____

47. MRI jamy brzusznej z oceną objętości (z podaniem wymiarów) wątroby [data badania _____]

_____

_____

48. Objętość śledziony lub jej fragmentu ≥ 5 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą MRT (w przypadku

dzieci)

_____

_____

49. Objętość śledziony lub jej fragmentu ≥ 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. 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		
Konsultacja neurologiczna [data badania _____]		
Konsultacja pulmonologiczna [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]		

57. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

Potwierdzam, że pacjent spełnia wszystkie kryteria określone programem lekowym:

58. Imię _____

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

_____

59. Nazwisko _____

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

_____

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

XV B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGREMIE LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBOREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B I B

(*Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać 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. Imię i nazwisko _____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-sphyngomyelin		
Cholesterol całkowity		
Triglicerydy		
LDH		
HDL		
MRI i USG jamy brzusznej z oceną objętości wątroby i śledziony (z podaniem wymiarów) [data badania _____] [USG obligatoryjne, natomiast MRI jedynie w przypadku stwierdzenia zwiększenia objętości śledziony lub wątroby w badaniu USG sugerujące możliwość spełnienia kryterium wyłączenia zgodnie z aktualnie obowiązującym opisem programu lekowego]		
EKG [data badania _____]		
RTG płuc lub HRCT [data badania _____] [badanie HRCT w uzasadnionych przypadkach]		
Spirometria [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]		
Badanie DEXA [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]		

RTG kości długich (MRI w uzasadnionych przypadkach) [data badania _____]
Konsultacja neurologiczna [data badania _____]
Konsultacja pulmonologiczna [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]
Konsultacja ortopedyczna [data badania _____] [w uzasadnionych przypadkach]
Pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost) z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania [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 pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,
numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data

_____

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

XV C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBOREM 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/

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.

XVI A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z OBJAWAMI KOSTNYMI W PRZEBIEGU HIPOFOSFATAZJI (HPP)

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

_____

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

_____

B. 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 potwierdzone badaniem genetycznym* _____

_____

_____

*badanie molekularne potwierdzające obecność mutacji genu ALPL (Ip36.12) w przebiegu HPP

D. Badania dodatkowe:

38. masa ciała _____ wysokość ciała_____

39. oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy [data badania _____]

_____

_____

40. oznaczenie stężenia wapnia w surowicy [data badania _____]

_____

_____

41. oznaczenie stężenia magnezu w surowicy [data badania _____]

_____

_____

42oznaczenie stężenia fosforu w surowicy [data badania _____]

_____

_____

43. oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy [data badania _____]

_____

_____

44. oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy [data badania _____]

_____

_____

45. test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym [data badania _____]

_____

_____

46. test sześciominutowego marszu u chorych chodzących (6MWT) [data badania _____]

_____

_____

47. badanie RTG lub MRI nadgarstków, bioder i kolan z oceną w skali RSS [data badania _____]

_____

_____

48. badanie USG nerek [data badania _____]

_____
_____

49. ocena nasilenia bólu w skali dopasowanej do wieku [data badania _____]

_____
_____

50. konsultacja neurochirurgiczna – w przypadku występowania u pacjentów kraniosynostozy [data badania _____]

_____
_____

51. konsultacja okulistyczna [data badania _____]

_____
_____

58. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

Potwierdzam, że pacjent spełnia wszystkie kryteria określone programem lekowym:

59. Imię _____ 60. Nazwisko _____

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

_____

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

_____

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

XVI B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGREMIE LECZENIE CHORYCH Z OBJAWAMI KOSTNYMI W PRZEBIEGU HIPOFOSFATAZJI (HPP)

(*Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać 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. Imię i nazwisko _____PESEL _____
2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____

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

_____

_____

4. Badania wykonane zgodnie z harmonogramem wskazanym w opisie programu lekowego*:

[data badania _____]

Oznaczenie	**Wynik**	**Norma**
Oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy		
Oznaczenie stężenia wapnia w surowicy		
Oznaczenie stężenia magnezu w surowicy		
Oznaczenie stężenia fosforu w surowicy		
Oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy		
Oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy		
Badanie RTG kośćca [data badania _____]		
Badanie densytomatryczne DXA – u pacjentów powyżej 5 r.ż. [data badania _____]		
Badanie USG nerek [data badania _____]		
Test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku pacjentów chodzących [data badania _____]		
Pomiary antropometryczne [data badania _____]		
Masa ciała Wzrost		
Konsultacja ortopedyczne [data badania _____]		

Konsultacja okulistyczna [data badania _____]
Dodatkowe uwagi/informacje:

*badania wykonuje się w 3-cim, 6-tym i 12 miesiącu od chwili rozpoczęcia leczenia, a następnie co 6 miesięcy (z wyjątkiem oznaczenia stężenia parathormonu wykonywanego tylko w 3 miesiącu)

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

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

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

Data _____

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

XVI C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z OBJAWAMI KOSTNYMI W PRZEBIEGU HIPOFOSFATAZJI (HPP)

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.

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.

XVII A. WZÓR WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE PACJENTÓW Z ACHONDROPLAZJĄ

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

_____

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

_____

B. 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 potwierdzone badaniem genetycznym _____

_____

_____

D. Badania dodatkowe:

Pomiary antropometryczne	**Wynik**
Masa ciała	
Wartość liczbowa	
SDS	
Wzrost/długość ciała	
Wartość liczbowa	
SDS	
Długość tułowia	
Długość kończyn dolnych	
Obwód głowy	
Wartość liczbowa	
SDS	
Obwód klatki piersiowej	
Wartość liczbowa	
SDS	
Ocena obwodu talii	
Wartość liczbowa	
SDS	
BMI – z podaniem centyla	
WHR	
Tempo wzrastania cm/rok	
Ocena wieku kostnego	
metodą Greulicha-Pyle'a	
metodą Tannera-Whitehouse'a;	

Ocena dojrzewania płciowego w skali Tannera	
Pomiar ciśnienia tętniczego krwi	
Morfologia krwi z rozmazem	
Oznaczenie:	
stężenia sodu w surowicy krwi	
stężenie potasu w surowicy krwi	
stężenia wapnia w surowicy krwi	
stężenia glukozy na czczo	
stężenia wapnia zjonizowanego	
stężenia fosforanów	
fosfatazy alkalicznej	
stężenia 25OH wit. D	
odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c)	
test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii	
stężenia triglicerydów	
całkowitego cholesterolu	
frakcji HDL cholesterolu	
frakcji LDL cholesterolu	
stężenia hormonu tyreotropowego (TSH)	
stężenia wolnej tyroksyny (FT4);	

38. MRI ośrodkowego układu nerwowego, z oceną otworu wielkiego, tj. pogranicza czaszkowo-kręgowego / u pacjentów z bezwzględnym przeciwskazaniem do MRI – TK lub TK z kontrastem; u pacjentów z gwoździem magnetycznym wymagany jest certyfikat z ośrodka ortopedii dziecięcej, w którym zakładany był gwóźdź.

_____
_____

39. Konsultacja audiologiczna lub laryngologiczna z badaniem słuchu

_____
_____

40. Konsultacja neurochirurgiczna – do decyzji lekarza prowadzącego

_____
_____

41. konsultacja ortopedyczna:

_____
_____

42. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____
_____

Potwierdzam, że pacjent spełnia wszystkie kryteria określone programem lekowym:

43. Imię _____

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

_____

44. Nazwisko _____

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

_____

nadruk lub pieczątka lub naklejka
zawierające dane świadczeniodawcy

XVII B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGREMIE LECZENIE PACJENTÓW Z ACHONDROPLAZJĄ

(*Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać po 12 miesiącach a następnie 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. Imię i nazwisko _____PESEL _____
2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____

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

_____

_____

4. Badania wykonane zgodnie z harmonogramem wskazanym w opisie programu lekowego*:
[data badania _____]

Pomiary antropometryczne	**Wynik**
Masa ciała	
Wartość liczbowa	
SDS	
Wzrost/długość ciała	
Wartość liczbowa	
SDS	
Długość tułowia	
Długość kończyn dolnych	
Obwód głowy	
Wartość liczbowa	
SDS	
Obwód klatki piersiowej	
Wartość liczbowa	
SDS	
Ocena obwodu talii	
Wartość liczbowa	
SDS	
BMI – z podaniem centyla	
WHR	
Tempo wzrastania cm/rok	
Ocena wieku kostnego	
metodą Greulicha-Pyle'a	

metodą Tannera-Whitehouse'a;	
Ocena dojrzewania płciowego w skali Tannera	
Pomiar ciśnienia tętniczego krwi	
Morfologia krwi z rozmazem	
Oznaczenie:	
stężenia sodu w surowicy krwi	
stężenie potasu w surowicy krwi	
stężenia wapnia w surowicy krwi	
stężenia wapnia zjonizowanego	
stężenia fosforanów	
fosfatazy alkalicznej	
stężenia 25OH wit. D	
odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c)	
stężenia triglicerydów	
całkowitego cholesterolu	
frakcji HDL cholesterolu	
frakcji LDL cholesterolu	
stężenia hormonu tyreotropowego (TSH)	
stężenia wolnej tyroksyny (FT4);	

***badania wykonuje się co 3 miesiące, co 6 miesięcy, co 12 miesięcy – zgodnie z opisem programu lekowego**

5. MRI ośrodkowego układu nerwowego, z oceną otworu wielkiego, tj. pogranicza czaszkowo-kręgowego – do decyzji lekarza prowadzącego

_____

_____

6. Konsultacja audiologiczna lub laryngologiczna z badaniem słuchu – do decyzji lekarza prowadzącego

_____

_____

7. Konsultacja neurochirurgiczna – do decyzji lekarza prowadzącego

_____

_____

8. konsultacja ortopedyczna:

_____

_____

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

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data

_____

nadruk lub pieczątka zawierające
imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu,

numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Data

_____

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

XVII C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE PACJENTÓW Z ACHONDROPLAZJĄ

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.

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 CHORYCH Z ZESPOŁEM HIPEREOZYNOFILOWYM (HES) (ICD-10: D72.11)

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 _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

9. Miejscowość _____ 10. Kod _____
11. Poczta _____ 12. Ulica _____
13. Nr domu _____ 14. Nr mieszkania _____ 15. Woj. _____
16. Tel. dom. _____ 17. Nr tel. do opiekuna [jeżeli dotyczy] _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

18. Pełna nazwa _____

_____

19. Miejscowość _____ 20. Kod _____
21. Ul. _____ 22. Nr _____
23. Tel. _____ 24. Fax _____
25. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

26. Imię _____ 27. Nazwisko _____

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

_____

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

_____

B. Dane pacjenta:

28. Wysokość ciała (cm) _____
29. Masa ciała (kg) _____

C. Wywiad:

Rozpoznanie – idiopatyczny zespół hipereozynofilowy

36. Kiedy wystąpiły pierwsze objawy choroby i jaki miały charakter. Kiedy postawiono rozpoznanie idiopatycznego zespołu hipereozynofilowego i jakie badania wykonano w procesie diagnostycznym (w tym konsultacje i badania diagnostyki różnicowej potwierdzające wykluczenie innych potencjalnych przyczyn uszkodzeń narządowych). Jakie zastosowano leczenie (w tym szczegółowe informacje na temat stosowanych sterydów systemowych i/lub leków cytotoksycznych od rozpoznania, uwzględniając dawkę i czas leczenia). Jakie narządy są objęte u pacjenta procesem chorobowym?

_____

_____

_____

_____

37. Proszę podać dokładne dane dotyczące poziomów eozynofilii od początku leczenia, w tym najwyższy poziom eozynofilii obwodowej z dokumentacji pacjenta oraz z ostatnich 12 miesięcy przed kwalifikacją i/lub dane dotyczące potwierdzenia tkankowej eozynofilii (z datą wykonania badań i dawką sterydów systemowych stosowanych w momencie badania)

_____

_____

_____

38. Proszę podać dokładne dane dotyczące zaostrzeń HES w okresie 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację (przebieg, data rozpoczęcia, dawki leków poprzedzające zaostrzenie) z podaniem (o ile wykonano) wartości eozynofilii i przebiegu leczenia zaostrzenia:

_____

_____

_____

39. Czy wykluczono zakażenie pasożytnicze na podstawie wyniku kału lub innych badań parazytologicznych? (Tak/Nie – jeśli tak – data wykonania badań): _____

_____

_____

40. Udokumentowany ujemy wynik badania w kierunku genu fuzyjnego FIP1L1 PDGFRA (Tak/Nie; jeśli tak – data wykonania i opis badań (mogą być dostarczone w postaci załączników kopii wyników)): _____

_____

_____

41. Czy wykluczono przewlekłą białaczkę eozynofilową (CEL) oraz nowotwory mieloidalne z eozynofilią na podstawie biopsji aspiracyjnej lub trepanobiopsji szpiku jako badań opcjonalnych (Tak/Nie; jeśli tak – data wykonania i opis badań (mogą być dostarczone w postaci załączników kopii wyników)): _____

_____

_____

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

_____

_____

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

_____

_____

D. Stan przedmiotowy:

44. Data badania: _____

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

_____

_____

E. Badania dodatkowe:

46. morfologia krwi z rozmazem - bezwzględna liczba eozynofilów

Data badania 1): _____wynik:_____ komórek/µl

Data badania 2): _____wynik: _____ komórek/µl

(min. 4 tyg. odstępu między badaniami). Wyniki mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

W przypadku, kiedy żadne z badań nie jest wykonane w momencie kwalifikacji proszę dodatkowo o dopisanie wyniku z momentu kwalifikacji:

Data badania _____wynik:_____ komórek/µl (w przypadku nieprawidłowości w badaniu morfologicznym proszę o wskazanie szczegółów):

_____

_____

47.ALT _____		(zakres normy _____),
Data badania _____		
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczny komentarz): _____		
48. LDH_____		(zakres normy _____),
Data badania _____		
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczny komentarz): _____		

49. Kreatynina_____	(zakres normy _____),
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczny komentarz): _____	
50. Troponina_____	(zakres normy _____),
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczny komentarz): _____	
51. NT-proBNP_____	(zakres normy _____),
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczny komentarz): _____	
52. EKG ☐wynik prawidłowy ☐wynik nieprawidłowy	
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczny komentarz): _____	
53. ECHO serca ☐wynik prawidłowy ☐wynik nieprawidłowy	
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____	
54. Rtg klatki piersiowej ☐wynik prawidłowy ☐wynik nieprawidłowy	
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____	
55. CT klatki piersiowej ☐wynik prawidłowy ☐wynik nieprawidłowy	
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____	
56. USG jamy brzusznej ☐wynik prawidłowy ☐wynik nieprawidłowy	
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____	
57. CT jamy brzusznej ☐wynik prawidłowy ☐wynik nieprawidłowy	
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____	
58. Spirometria ☐wynik prawidłowy ☐wynik nieprawidłowy	
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____	
59. mocz – badanie ogólne ☐wynik prawidłowy ☐wynik nieprawidłowy	
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____	

60. biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku kostnego	☐wynik prawidłowy ☐wynik nieprawidłowy
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____	
61. badanie FISH na obecność rearanżacji FIP1L1-PDGFRA	☐wynik prawidłowy ☐wynik nieprawidłowy
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____	
62. badanie PCR na obecność rearanżacji FIP1L1-PDGFRA	☐wynik prawidłowy ☐wynik nieprawidłowy
Data badania _____	
(w przypadku istotnych klinicznie nieprawidłowości konieczne wpisanie wyniku badania i komentarz): _____	
63. Badania wykonane w celu wykluczenia przyczyn reaktywnej hipereozynofilii	
_____ _____ _____ _____	
64. Ocena stanu sprawności wg skali ECOG: _____ Komentarz: _____ _____	

65. Próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym – dodatnia TAK ☐ NIE. ☐

Data badania _____

66. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia leku wraz ze wskazaniem substancji czynnej, do której pacjent jest kwalifikowany

_____

_____

67. Imię _____ 68. Nazwisko _____

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

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

_____

_____

nadruk lub pieczątka lub naklejka zawierające dane świadczeniodawcy

XI B. KARTA MONITOROWANIA PACJENTA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z ZESPOŁEM HIPEREOZYNOFILOWYM (HES) (ICD-10: D72.11)

SEKCJA DS. ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH I OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO

(*Wypełnioną kartę, w wersji elektronicznej oraz papierowej, należy przesyłać 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. Imię i nazwisko _____PESEL _____
2. Nr pacjenta w systemie monitorowania programów lekowych _____

3. Przebieg leczenia (tolerancja leku biologicznego, szczegóły leczenia systemowymi GKS, leczenie immunosupresyjne) - opis _____

_____

_____

4. Ocena zaostrzeń w okresie od kwalifikacji: _____

_____

_____

5. Wyniki i daty innych badań i konsultacji _____

_____

_____

5. Ocena stanu sprawności wg skali ECOG: _____
Komentarz

_____

_____

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

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data

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

Data

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

XI C. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z ZESPOŁEM HIPEREOZYNOFILOWYM (HES) (ICD-10: D72.11)

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.

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.

Załącznik nr 10 do zarządzenia nr 110/2026/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 6 listopada 2026 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona oraz weryfikację jego skuteczności

1.	**Charakterystyka świadczenia**	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona oraz weryfikacja jego skuteczności
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	G20 - choroba Parkinsona
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu choroby Parkinsona
1.6	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 z dziedzin medycyny właściwych dla programu lekowego
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

Załącznik nr 11 do zarządzenia nr 110/2026/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 6 listopada 2026 r.

Zakres działania zespołu koordynacyjnego odpowiedzialnego za kwalifikację do leczenia pacjentów z kardiomiopatią oraz weryfikację jego skuteczności

1.	**Charakterystyka świadczenia**	
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 Amyloidoza 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 z dziedzin medycyny właściwych dla programu lekowego
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 załączniku 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 pacjentów z kardiomiopatią (ICD-10:E85)

Wzór wniosku o kwalifikację do leczenia w programie Leczenie pacjentów z kardiomiopatią - leczenie kardiomiopatii w przebiegu amyloidozy transtyretynowej – wutrisyranem (ICD-10: E85)

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Adres do korespondencji (nazwisko, imię, adres e-mail, telefon):

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: ……

Stadium zaawansowania choroby zgodnie z klasyfikacją NAC:……

Kryteria kwalifikacji do leczenia	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. Wykluczenie amyloidozy łańcuchów lekkich		
5. Wynik testu 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych powyżej 150 m		
6. Adekwatna wydolność narządowa		
7. Brak przeciwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL)		
8. Brak zaawansowanej polineuropatii (poziom IIIa-IV w skali PND wyklucza kwalifikację)		
9. 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 – proszę dołączyć skan wyniku badania

Data badania: ……..

Opis badania:

……

……

Sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR)

Data badania: ……..

Opis badania:

……

……

Echokardiografia przezklatkowa – proszę dołączyć skan wyniku badania

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:

……

……

……

……

……

……

Proszę dołączyć skan wyników badania: diagnostyka białka monoklonalnego (metodą immunofiksacji) w surowicy i w moczu oraz wolne łańcuchy lekkie Kappa i Lambda w surowicy krwi (FLC)

D. Inne badania i konsultacje

Konsultacja hematologiczna -– proszę dołączyć skan wyniku konsultacji

Data konsultacji: ……..

Opis konsultacji:

……

……

Konsultacja neurologiczna -– proszę dołączyć skan wyniku konsultacji

Data konsultacji: ……..

Opis konsultacji:

……

……

Data: …… ……..……

nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza,

numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Wzór wniosku o zmianę leczenia w programie Leczenie pacjentów z kardiomiopatią - leczenie kardiomiopatii w przebiegu amyloidozy transtyretynowej

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej:

Imię i nazwisko PESEL

Data wystawienia wniosku:

Świadczeniodawca wystawiający wniosek:

Adres do korespondencji (nazwisko, imię, adres e-mail, telefon):

B. Zmiana terapii (kardiomiopatia w przebiegu amyloidozy transtyretynowej, ICD-10: E85):

ðWniosek o zmianę terapii z …… (proszę podać nazwę leku) na …… (proszę podać nazwę leku)

Uzasadnienie do zmiany leku:

……
……
……
……
……

C. Badania wykonane u pacjenta – zmiana terapii - kardiomiopatia w przebiegu amyloidozy transtyretynowej, ICD-10: E85):

……
……
……
……
……

D. Inne badania i konsultacje

Konsultacja hematologiczna – proszę dołączyć skan wyniku konsultacji

Data konsultacji: ……..

Opis konsultacji:

……

……

Data: …….....……..……

nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza,

numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis

Decyzja dotycząca kwalifikacji/zmiany leku w programie lekowym Leczenie pacjentów z kardiomiopatią - leczenie kardiomiopatii w przebiegu amyloidozy transtyretynowej

Przewodniczący Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Kardiomiopatii

Pan/Pani: .....

Dotyczy pacjenta:

Imię i nazwisko: ……

PESEL: …….

Świadczeniodawca wnioskujący: ……

Lek: akoramidis/ tafamidis / wutrisyran

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/

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/

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

*proszę zaznaczyć właściwe

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 12 do zarządzenia nr 110/2026/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 6 listopada 2026 r.

Zakres działania Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet

1.	**Charakterystyka świadczenia**	
1.1	kompetencje zespołu	kwalifikacja do leczenia pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet
1.2	zakres świadczenia – programy lekowe objęte kwalifikacją i weryfikacją leczenia przez zespół koordynacyjny	B.154 FM Leczenie pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub zespołem Dravet
1.3	choroby i problemy zdrowotne (wg ICD 10) objęte świadczeniem	G 40.4 - Inne postacie uogólnionej padaczki i zespołów padaczkowych
1.4	świadczenia skojarzone	nie dotyczy
1.5	oznaczenie zespołu koordynacyjnego odpowiadającego za kwalifikację i weryfikację leczenia	Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia pacjentów z zespołem Lennoxa-Gastauta lub z zespołem Dravet
1.6	jednostka koordynująca	Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka ul. Medyków 16 40-752 Katowice
1.7	kwalifikacje lekarzy specjalistów – członków zespołu koordynacyjnego	lekarze specjaliści z dziedzin medycyny właściwych dla programu lekowego
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 zmiana terapii w ramach programu lekowego 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 13 do zarządzenia nr 110/2026/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 6 listopada 2026 r.

Powołanie Zespołu Koordynacyjnego do spraw leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego

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 2026 r. poz. 253), powołuję Zespół Koordynacyjny ds. leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego w składzie:

1) prof. dr hab. med. Aleksandra Żurowska, Katedra i Klinika Pediatrii, Nefrologii i Nadciśnienia, Gdański Uniwersytet Medyczny – Przewodnicząca Zespołu;
2) prof. hab. med. Ryszard Gellert, I Oddział Chorób Wewnętrznych i Pododdział Nefrologiczny, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie – Zastępca Przewodniczącej Zespołu;
3) prof. dr hab. med. Alicja Dębska-Ślizień, Katedra i Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Gdański Uniwersytet Medyczny;
4) prof. dr hab. med. Magdalena Durlik, Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, Instytut Transplantologii im. Prof. Tadeusza Orłowskiego, Warszawski Uniwersytet Medyczny;
5) prof. dr hab. med. Ryszard Grenda, Klinika Nefrologii, Transplantacji Nerek i Nadciśnienia Tętniczego, Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie;
6) prof. dr hab. med. Marian Klinger, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, Oddział Nefrologii, Klinika Chorób Wewnętrznych i nefrologii;
7) prof. dr hab. n. med. Magdalena Krajewska, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu;
8) prof. dr hab. med. Michał Nowicki, Klinika Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi;
9) prof. dr hab. med. Małgorzata Pańczyk-Tomaszewska, Katedra i Klinika Pediatrii i Nefrologii, Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny w Warszawie, Oddział Kliniczny Nefrologii i Pediatrii wraz z Pododdziałem Niemowlęcym, Warszawski Uniwersytet Medyczny;
10) prof. dr hab. n. med. Maria Szczepańska, Katedra i Klinika Pediatrii, Oddział Nefrologii Dziecięcej z Pododdziałem Dializoterapii Dzieci, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach;
11) dr n. med. Magdalena Wysocka, Pełnomocnik Dyrektora ds. Programów Lekowych, Medycznych i Badań Przesiewowych, Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie;
12) prof. dr hab. med. Danuta Zwolińska, Klinika Nefrologii Pediatrycznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu.

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 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26) 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 75/2026/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 lipca 2026 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 16 września 2026 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 października 2026 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 70), 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 2026 r. poz. 253).

Najważniejsze zmiany dotyczą:

1) dodania w § 25 ust. 13 ustalającego zasady rozliczania nowego świadczenia w katalogu ryczałtów o kodzie 5.08.08.0000364 Diagnostyka w programie leczenia eliminacji toksycznego stężenia metotreksatu w osoczu u dorosłych i dzieci;

2) dodania w § 25 ust. 14 – 16 ustalających zasady rozliczania świadczenia o kodzie 5.08.13.0000010 Dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej - materiał onkologiczny specjalny, analogiczne jak obowiązują zgodnie z przepisami zarządzenia Nr 132/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.) oraz zarządzenia 46/2026/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2026 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.);

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

a) umożliwieniu rozliczania produktu *5.08.07.0000002 hospitalizacja związana z wykonaniem programu u dzieci* w ramach zakresu 03.0000.461.02 Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS),

b) usunięciu zakresu 03.0000.437.02 Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki,

c) dodaniu zakresów:

- 03.0000.480.02 Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a,

- 03.0000.481.02 Eliminacja toksycznego stężenia metotreksatu w osoczu u dorosłych i dzieci,

- 03.0000.482.02 Leczenie pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau,

- 03.0000.483.02 Leczenie pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych (PBC),

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

4) załącznika nr 1l do zarządzenia, określającego *Katalog ryczałtów za diagnostykę w programach lekowych* i polegają na:

a) zmianie nazwy świadczenia o kodzie:

- 5.08.08.0000131 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka piersi z zastosowaniem rybocyklibu lub abemacyklibu lub alpelisybu lub talazoparybu lub tukatynibu lub pembrolizumabu lub olaparybu lub kapiwasertybu w przypadku przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi,

- 5.08.08.0000186 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na raka przełyku pembrolizumabem,

- 5.08.08.0000262 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis, akoramidis, wutrisyran) – 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000263 na Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z kardiomiopatią (tafamidis, akoramidis, wutrisyran) – 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000287 na Diagnostyka w programie leczenia chorych na wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi abemacyklibem lub rybocyklibem - 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000340 na Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 2 rok terapii,

- 5.08.08.0000343 na Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią, pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000344 na Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią, pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 2 rok terapii,

b) zmianie wartości punktowej świadczeń o kodach:

- 5.08.08.0000163 Diagnostyka w programie leczenia amifamprydyną pacjentów z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona – 2 i kolejny rok terapii z 266,00 na 341,00,

- 5.08.08.0000259 Diagnostyka w programie leczenia pacjentek z ciężką postacią osteoporozy pomenopauzalnej (romosozumab) z 408,00 na 463,00,

- 5.08.08.0000317 Diagnostyka w programie leczenia chorych na zaawansowanego gruczolakoraka żołądka lub połączenia żołądkowo-przełykowego - trastuzumab derukstekan - 1 rok terapii z 1 999,60 na 1 768,60,

- 5.08.08.0000339 Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 1 rok terapii z 1 338,00 na 1 107,00,

- 5.08.08.0000341 Diagnostyka w programie leczenia raka przełyku – tislelizumab w monoterapii – 1 rok terapii z 1 750,00 na 1 519,00,

- 5.08.08.0000343 Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią, pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 1 rok terapii z 1 638,00 na 1 250,20,

- 5.08.08.0000344 Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – tislelizumab w skojarzeniu z chemioterapią, pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią – 2 rok terapii z 1 064,00 na 907,20,

c) usunięciu świadczenia o kodzie 5.08.08.0000183 Diagnostyka i monitorowanie pacjenta po transplantacji nerki w programie odczulania wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki,

d) dodaniu świadczeń o kodach:

- 5.08.08.0000358 Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – pembrolizumab w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią – 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000359 Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – pembrolizumab w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią – 2 rok terapii,

- 5.08.08.0000360 Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – zolbetuksymab w skojarzeniu z chemioterapią – 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000361 Diagnostyka w programie leczenia raka żołądka i połączenia żołądkowo-przełykowego – zolbetuksymab w skojarzeniu z chemioterapią – 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000362 Diagnostyka w programie leczenia chorych dystrofii mięśniowej Duchenne'a - 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000363 Diagnostyka w programie leczenia chorych dystrofii mięśniowej Duchenne'a - 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000364 Diagnostyka w programie leczenia eliminacji toksycznego stężenia metotreksatu w osoczu u dorosłych i dzieci,

- 5.08.08.0000365 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau - 1 rok terapii,

- 5.08.08.0000366 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau - 2 i kolejny rok terapii,

- 5.08.08.0000367 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych PBC- 1 rok terapii (elafibranor lub seladelpar),

- 5.08.08.0000368 Diagnostyka w programie leczenia pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych PBC- 2 rok terapii (elafibranor lub seladelpar),

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

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

a) dodaniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000033 Infliximabum,

- 5.08.09.0000071 Fingolimodum,

- 5.08.09.0000073 Ustekinumabum,

- 5.08.09.0000108 Dimethylis fumaras,

- 5.08.09.0000141 Eculizumabum,

- 5.08.09.0000157 Nusinersenum,

- 5.08.09.0000187 Guselkumabum,

- 5.08.09.0000193 Selexipagum,

- 5.08.09.0000296 Tezepelumabum,

- 5.08.09.0000323 Mirikizumabum,

- 5.08.09.0000334 Eptinezumabum,

b) wykreśleniu kodów GTIN dla substancji czynnych:

- 5.08.09.0000071 Fingolimodum,

- 5.08.09.0000334 Eptinezumabum,

c) dodaniu substancji czynnych i kodów GTIN:

- 5.08.09.0000381 Belzutifanum,

- 5.08.09.0000382 Deutivacaftorum + Tezacaftorum + Vanzacaftorum,

- 5.08.09.0000383 Elafibranor,

- 5.08.09.0000384 Glucarpidasum,

- 5.08.09.0000385 Seladelpar,

- 5.08.09.0000386 Vamorolonum,

- 5.08.09.0000387 Zolbetuximab,

d) usunięciu substancji czynnych i kodów GTIN:

- 5.08.09.0000165 Palbociclibum,

- 5.08.09.0000238 Imlifidasum (TLI),

- 5.08.09.0000240 Pretomanidum (TLI),

e) dodaniu oznaczenia substancji czynnej o kodzie: 5.08.09.0000193 Selexipagum jako substancji, której średni koszt rozliczenia podlega monitorowaniu zgodnie z § 32 zarządzenia,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

6) załącznika nr 2l do zarządzenia, określającego Katalog badań kosztochłonnych w programach lekowych i polegają na:

a) dodaniu zakresu o kodzie 03.0000.482.02 dla programu lekowego B.182. Leczenie pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,

b) umożliwieniu rozliczania produktu o kodzie 5.08.13.0000006 Biopsja tkanek miękkich w ramach zakresów świadczeń o kodach: 03.0000.306.02, 03.0000.309.02, 03.0000.358.02, 03.0000.441.02, 03.0000.459.02 dla wszystkich świadczeniodawców, w związku z możliwością rozliczania produktu 5.08.13.0000010 Dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej - materiał onkologiczny specjalny wyłącznie przez świadczeniodawców posiadających certyfikat akredytacyjny, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692);

c) umożliwieniu rozliczania produktów o kodach:

- 5.08.13.0000022 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,

- 5.08.13.0000023 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego,

- 5.08.13.0000028 MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego,

- 5.08.13.0000029 MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,

w ramach zakresu świadczeń o kodzie: 03.0000.455.02, w związku z uwagą zgłoszoną przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej,

d) umożliwieniu rozliczania produktu o kodzie: 5.08.13.0000031 MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym w ramach zakresu świadczeń o kodzie: 03.0000.358.02, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,

e) umożliwieniu rozliczania produktów o kodach:

- 5.08.13.0000037 Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I,

- 5.08.13.0000038 Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II

w ramach zakresu świadczeń o kodzie: 03.0000.306.02, w związku z uwagą zgłoszoną przez Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy,

f) umożliwieniu rozliczania produktów o kodach:

- 5.08.13.0000055 TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,

- 5.08.13.0000056 TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego,

- 5.08.13.0000057 TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym,

w ramach zakresów świadczeń o kodach: 03.0000.304.02, 03.0000.305.02, 03.0000.306.02, 03.0000.309.02, 03.0000.310.02, 03.0000.312.02, 03.0000.350.02, 03.0000.352.02, 03.0000.354.02, 03.0000.356.02, 03.0000.358.02, 03.0000.359.02, 03.0000.385.02, 03.0000.388.02, 03.0000.408.02, 03.0000.410.02, 03.0000.417.02, 03.0000.419.02, 03.0000.425.02, 03.0000.439.02, 03.0000.441.02, 03.0000.444.02, 03.0000.448.02, 03.0000.463.02, 03.0000.472.02, w związku z wnioskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej oraz uwagą zgłoszoną przez Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy,

g) umożliwieniu rozliczania produktów o kodach:

- 5.08.13.0000022 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,

- 5.08.13.0000023 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego,

- 5.08.13.0000061 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,

- 5.08.13.0000062 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego,

- 5.08.13.0000066 TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym,

w ramach zakresów świadczeń o kodach: 03.0000.359.02, 03.0000.388.02, 03.0000.417.02, 03.0000.425.02, w związku z uwagą zgłoszoną przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach, a także zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej,

h) umożliwieniu rozliczania produktu o kodzie: 5.08.13.0000042 - Scyntygrafia całego ciała (układ kostny) w ramach zakresu świadczeń o kodzie: 03.0000.310.02, w związku z uwagą zgłoszoną przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach, a także zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej,

i) umożliwieniu rozliczania produktów o kodach:

- 5.08.13.0000058 TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,

- 5.08.13.0000059 TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego,

- 5.08.13.0000060 TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym,

w ramach zakresu świadczeń o kodzie: 03.0000.425.02, w związku z uwagą zgłoszoną przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach, a także zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej,

j) umożliwieniu rozliczania produktów o kodach:

- 5.08.13.0000022 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,

- 5.08.13.0000023 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego,

- 5.08.13.0000037 Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I,

- 5.08.13.0000061 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,

- 5.08.13.0000062 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego,

w ramach zakresu świadczeń o kodzie: 03.0000.352.02, w związku z uwagą zgłoszoną przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach, a także zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej

k) dla świadczenia o kodzie 5.08.13.0000010 Dodatkowy koszt diagnostyki patomorfologicznej - materiał onkologiczny specjalny w kolumnie Uwagi doprecyzowano zasady możliwości jego rozliczania, analogicznie jak aktualnie obowiązują w ramach umów w rodzaju: leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz programy lekowe;

7) załącznika nr 2t do zarządzenia, określającego Katalog refundowanych substancji czynnych w programach lekowych i polegają na:

a) usunięciu produktu rozliczeniowego o kodzie 5.08.07.000122 immunoglobulinum humanum – inj., w związku z możliwością rozliczania do 30 września 2026 r.,

b) usunięciu produktów rozliczeniowych o kodach: 5.08.07.000116 i 5.08.07.000117 somatropinum – inj., w związku z możliwością rozliczania do 31 lipca 2026 r.,

c) uzupełnieniu kolumny uwagi dla świadczenia o kodzie: 5.08.07.0000127 tocilizumabum – s.c., celem umożliwienia rozliczania świadczeń objętych zgodą Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, zgodnie z decyzją refundacyjną wydaną przez Ministra Zdrowia,

d) zmianie wartości punktowej produktu rozliczeniowego o kodzie: 5.08.07.0000129 bosentanum – p.o., wynikającej z przeliczenia wartości punktowej dla opakowania zawierającego 56 tabletek na wartość punktową odpowiadającą jednej tabletce, w związku z wnioskiem hurtowni TRUMEDICO PL Sp. z o.o. Sp.k.;

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

a) zmianie wymagań dla programów:

- B.4. Leczenie chorych na raka jelita grubego w części zapewnienie realizacji badań,

- B.6. Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej w części zapewnienie realizacji badań,

- B.58. Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka w części zapewnienie realizacji badań,

- B.136.FM. Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR) w części zapewnienie realizacji badań,

- B.161.FM. Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS) w części organizacja udzielania świadczeń,

b) dodaniu wymagań dla programów:

- B.180. Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a,

- B.181. Eliminacja toksycznego stężenia metotreksatu w osoczu u dorosłych i dzieci,

- B.182. Leczenie pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau,

- B.183. Leczenie pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych (PBC),

c) usunięciu wymagań dla programu B.137.FM. Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki,

- w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym,

d) zmianie wymagań dla programu B.19. Leczenie niskorosłych osób z somatotropinową niedoczynnością przysadki w okresie wzrastania w części organizacja udzielania świadczeń, w związku z wnioskiem Podkarpackiego OW NFZ,

e) zmianie wymagań dla programu B.67. Leczenie immunoglobulinami chorób neurologicznych w części organizacja udzielania świadczeń, w związku z wnioskiem Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Jana Pawła II;

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

a) dodaniu substancji czynnych:

- enkorafenib w programie lekowym B.4. Leczenie chorych na raka jelita grubego,

- pembrolizumab w programie lekowym B.5. Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych,

- mirikizumab w programie lekowym B.32. Leczenie pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna,

- zolbetuksymab w programie lekowym B.58. Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka,

- deutiwakaftor + tezakaftor + wanzakaftor w programie lekowym B.112. Leczenie chorych na mukowiscydozę,

- adalimumab w programie lekowym B.161. Leczenie chorych z ropnym zapaleniem apokrynowych gruczołów potowych (HS),

- wutrisiran w programie lekowym B.162. Leczenie pacjentów z kardiomiopatią,

- wamorolon w programie lekowym B.180. Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a,

- glukarpidaza w programie lekowym B.181. Eliminacja toksycznego stężenia metotreksatu w osoczu u dorosłych i dzieci,

- belzutyfan w programie lekowym B.182. Leczenie pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau,

- elafibranor, seladelpar w programie lekowym B.183. Leczenie pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych (PBC),

b) usunięciu substancji czynnych:

- palbocyklib w programie lekowym B.9.FM. Leczenie chorych na raka piersi,

- pretomanid w programie lekowym B.136.FM. Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR),

- imlifidaza w programie lekowym B.137.FM. Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki,

c) usunięciu programu lekowego B.137.FM. Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki,

d) dodaniu programów lekowych:

- B.180. Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne'a,

- B.181. Eliminacja toksycznego stężenia metotreksatu w osoczu u dorosłych i dzieci,

- B.182. Leczenie pacjentów z chorobą von Hippel-Lindau,

- B.183. Leczenie pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych (PBC);

10) załącznika nr 5 do zarządzenia, określającego *Katalog współczynników korygujących stosowanych w programach lekowych* i polegają na zmianie wartości progu kosztowego dla substancji czynnej o kodzie: 5.08.09.0000033 infliximabum z 2,2144 na 1,5307, w związku ze zmianami w obwieszczeniu refundacyjnym oraz po analizie średnich cen leków w miesiącu lipcu 2026 r., mającej obowiązywać od 1 listopada 2026 r.;

11) załączników nr 10 i 34 do zarządzenia, określających zakresy działania zespołów koordynacyjnych, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym;

12) załączników nr 13 i 38 do zarządzenia, określających zakresy działania zespołów koordynacyjnych, w związku z udostępnieniem możliwości kwalifikacji pacjentów za pośrednictwem elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych;

13) załącznika nr 47 do zarządzenia, określającego Powołanie Zespołu Koordynacyjnego do spraw leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego, zgodnie z wnioskiem przewodniczącej Zespołu;

14) usunięcia załączników nr 29, 60 i 91 do zarządzenia, określających odpowiednio zakres działania, powołanie oraz regulamin dla Zespołu Koordynującego ds. Leczenia wysoko immunizowanych potencjalnych biorców nerki, w związku ze zmianami wprowadzonymi w obwieszczeniu refundacyjnym.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.

Wobec powyższego przepisy zarządzenia stosuje się do świadczeń udzielanych od 1 października 2026 r., z wyjątkiem:

1) § 25 ust. 14 – 16, który stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lipca 2026 r.,

2) załącznika nr 2l do zarządzenia w zakresie:

a) lp. 6 kol. 6 – 7, 15, 34 i 41,

b) lp. 10 kol. 46,

c) lp. 22 – 23 kol. 12, 16, 23, 28, 30 i 40,

d) lp. 28 – 29 kol. 40,

e) lp. 31 kol. 15,

f) lp. 37 kol. 6 i 12,

g) lp. 38 kol. 6,

h) lp. 42 kol. 8,

i) lp. 55-57 kol. 4-9, 11-16, 22-25, 28-30, 33-35, 38 i 42-43,

j) lp. 58 – 60 kol. 30,

k) lp. 61 – 62 kol. 12, 16, 23, 28 i 30,

l) lp. 66 kol. 16, 23, 28 i 30,

- które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 lipca 2026 r.,

3) załącznika nr 2t do zarządzenia w zakresie:

a) lp. 10, którą stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 28 lipca 2026 r.,

b) lp. 6, którą stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 4 września 2026 r.,

4) załącznika nr 5 do zarządzenia w zakresie lp. 4 - 9, które stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 listopada 2026 r.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zasięgnął opinii właściwych konsultantów krajowych, a także zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ustawy o świadczeniach, zasięgnął opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców.

W dniach od 30 września do 14 października 2026 r. trwały konsultacje społeczne projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.

W trakcie konsultacji do ww. projektu zarządzenia odniosło się 28 podmiotów, przy czym 2 podmioty przekazały informację o braku uwag do projektu zarządzenia, a 2 podmioty wniosły uwagi po wyznaczonym terminie.

Najważniejsze uwzględnione uwagi dotyczą:

1) załącznika nr 2l do zarządzenia, określającego Katalog badań kosztochłonnych w programach lekowych i polegają na:

a) umożliwieniu rozliczania produktów o kodach:

- 5.08.13.0000022 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,

- 5.08.13.0000023 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego,

- 5.08.13.0000061 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,

- 5.08.13.0000062 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego,

- 5.08.13.0000066 TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym,

w ramach zakresów świadczeń o kodach: 03.0000.359.02, 03.0000.388.02, 03.0000.417.02, 03.0000.425.02,

b) umożliwieniu rozliczania produktu o kodzie: 5.08.13.0000042 - Scyntygrafia całego ciała (układ kostny) w ramach zakresu świadczeń o kodzie: 03.0000.310.02,

c) umożliwieniu rozliczania produktów o kodach:

- 5.08.13.0000058 TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,

- 5.08.13.0000059 TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego,

- 5.08.13.0000060 TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym,

w ramach zakresu świadczeń o kodzie: 03.0000.425.02,

d) umożliwieniu rozliczania produktów o kodach:

- 5.08.13.0000022 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,

- 5.08.13.0000023 MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego,

- 5.08.13.0000037 Pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I,

- 5.08.13.0000061 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym,

- 5.08.13.0000062 TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego,

w ramach zakresu świadczeń o kodzie: 03.0000.352.02,

w związku z uwagami zgłoszonymi przez Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach, a także zgodnie ze stanowiskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii klinicznej;

2) załącznika nr 3 do zarządzenia, określającego Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów lekowych i polegają na uwzględnieniu w wymaganiach dla programu lekowego B.183. Leczenie pacjentów z pierwotnym zapaleniem dróg żółciowych (PBC) następujących zmian:

a) w części organizacja udzielania świadczeń dodane zostały komórki organizacyjne o kodach:

- 1340 poradnia chorób zakaźnych,

- 1650 poradnia transplantologiczna,

- 4340 oddział chorób zakaźnych,

- 4348 oddział obserwacyjno-zakaźny,

- 4650 oddział transplantologiczny,

- 4670 odział leczenia jednego dnia o profilu chorób zakaźnych,

- 4670 odział leczenia jednego dnia o profilu transplantologii klinicznej,

b) w części lekarze uwzględniono możliwość realizacji świadczeń przez lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób zakaźnych oraz transplantologii klinicznej oraz określono łączny czas pracy na równoważnik 1 etatu,

c) w części pielęgniarki określono łączny czas pracy na równoważnik 1 etatu,

w związku z uwagami zgłoszonymi przez Central European Hepatologic Collaboration, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie, Fundację Urszuli Jaworskiej, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa podlaskiego, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych Zarząd Główny, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa dolnośląskiego, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa podkarpackiego, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, Konsultanta Krajowego w dziedzinie gastroenterologii, Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Polską Grupę Ekspertów Pierwotnego Zapalenia Dróg Żółciowych (PGE PBC), Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – Centralny Szpital Kliniczny, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Św. Jana Pawła II, Fundację Gwiazda Nadziei, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa świętokrzyskiego.

Pozostałe zmiany mają charakter porządkujący.