Załącznik do zarządzenia Nr 80 / 2006
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

NFZ

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA

W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE

ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

ORAZ

O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE

ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

w rodzaju: leczenie szpitalne

Rozdział 1

Przedmiot postępowania i umowy

§ 1

1. Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne jest zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w oddziałach szpitalnych, izbach przyjęć i innych jednostkach organizacyjnych świadczeniodawcy.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne zwane są dalej „świadczeniami".
3. Zakresy świadczeń i świadczenia są określone w:
   1) Katalogu świadczeń szpitalnych, stanowiącym **załącznik nr 1a,**
   2) Katalogu świadczeń onkologicznych – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, stanowiącym **załącznik nr 1b,**
   3) Katalogu świadczeń onkologicznych – chemioterapia, stanowiącym **załącznik nr 1c**,
   4) Katalogu programów terapeutycznych (lekowych), stanowiącym **załącznik nr 1d**

   – do Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi".
4. Umowy o udzielanie świadczeń z Katalogu świadczeń onkologicznych – chemioterapia oraz z Katalogu programów terapeutycznych (lekowych) zawierane są odrębnie.
5. Wzór umowy o udzielanie świadczeń, o których mowa w § 1 w:
   1) ust. 3 pkt 1 stanowi załącznik nr 2a,
   2) ust. 3 pkt 2 stanowi załącznik nr 2b,
   3) ust. 3 pkt 3 stanowi załącznik nr 2c,
   4) ust. 3 pkt 4 stanowi załącznik nr 2d,

   – do materiałów informacyjnych.
6. Umowa może zawierać inne postanowienia niż określone we wzorze umowy pod warunkiem, że nie pozostają one w sprzeczności z postanowieniami określonymi we wzorze umowy.

§ 2

1. Szczegółowy przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń oraz przedmiot umowy określa się z uwzględnieniem nazwy i kodu określonego we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień Publicznych Dz. Urz. WE L

340 z 16.12.2002 oraz art. 141, ust.4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz.2135, z późn. zm.):

- 85110000-3 Usługi szpitalne i podobne,
- 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne.

2. Pojęcia zdefiniowane w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zachowują nadane im znaczenie.

Rozdział 2
Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 3

1. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń odbywa się w drodze konkursu ofert albo rokowań.
2. Podmiot biorący udział w postępowaniu, o którym mowa w ust. 1, powinien spełniać wymagania określone w przepisach odrębnych i w materiałach informacyjnych, a w szczególności w:
   1) wymaganiach wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 1 i 2 stanowiących **załącznik nr 3a** do materiałów informacyjnych,
   2) wymaganiach wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 3, stanowiących **załącznik nr 3b** do materiałów informacyjnych,
   3) wymaganiach wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 4, stanowiących **załącznik nr 3c** do materiałów informacyjnych.
3. Wymagania wobec pracowni/ zakładów diagnostycznych oraz typy pracowni/ zakładów diagnostycznych określa **załącznik nr 4** do materiałów informacyjnych.
4. W przypadku braku możliwości zakontraktowania świadczeń w danym zakresie, w rodzaju leczenie szpitalne, które w sposób wystarczający zaspokoją potrzeby zdrowotne, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, w kolejnym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, może warunkowo dopuścić do udzielania świadczeń jednostki nie spełniające wymagań określonych w ust. 2 (nie dotyczy wymagań formalno-prawnych), z jednoczesnym odpowiednim obniżeniem ceny punktu, o którym mowa w § 15, z wyłączeniem świadczeń z zakresów, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 3 i 4.

§ 4

Czas pracy osób udzielających świadczeń wskazany w ofercie winien być ustalony w taki sposób, aby osoby te nie były wykazane przy udzielaniu świadczeń w innym podmiocie albo w innej jednostce organizacyjnej tego samego zakładu opieki zdrowotnej w tym samym czasie

pracy. Wzór oświadczenia o ustalaniu czasu pracy osób udzielających świadczeń u świadczeniodawcy, zawiera **załącznik nr 5** do materiałów informacyjnych.

§ 5

1. Podmiot biorący udział w postępowaniu powinien posiadać w strukturze organizacyjnej szpitala oddział anestezjologii i intensywnej terapii (OAiIT).
2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może zawrzeć umowę ze świadczeniodawcą, który nie posiada w strukturze organizacyjnej szpitala OAiIT pod warunkiem posiadania przez tego świadczeniodawcę przynajmniej jednego stanowiska monitorowania czynności życiowych i reanimacji oraz zawarcia umowy z innym świadczeniodawcą, który udziela świadczeń w zakresie OAiIT.

§ 6

1. Udzielanie świadczeń zabiegowych wymaga posiadania bloku operacyjnego, obejmującego co najmniej dwie sale – aseptyczną i septyczną, oraz posiadania sali pooperacyjnej.
2. Wymaganie zawarte w ust. 1, nie dotyczy świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie w trybie jednodniowym. Udzielanie świadczeń wyłącznie w trybie jednodniowym wymaga spełnienia warunków określonych w **załączniku nr 6** do materiałów informacyjnych.

§ 7

1. Szpitalne oddziały ratunkowe powinny spełniać wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2002 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2002 r., nr 74, poz. 687) oraz być w strukturze zakładu opieki zdrowotnej posiadającego wpis do rejestru zakładów opieki zdrowotnej.
2. Do dnia podpisania umowy świadczeniodawca jest zobowiązany dostarczyć do OW NFZ decyzję wojewody o włączeniu SOR do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz niezwłocznie po otrzymaniu - wypis z rejestru jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
3. Świadczenia szpitalnej izby przyjęć stanowią odrębny zakres świadczeń w przypadku zapewnienia niezależnego 24-godzinnego dyżuru lekarskiego oraz całodobowego dostępu do diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej.
4. Zakresy świadczeń udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i szpitalnej izbie przyjęć są kontraktowane alternatywnie.

Rozdział 3
Zasady udzielania świadczeń

§ 8

Świadczenia, o których mowa w § 1 obejmują:

1) **hospitalizację** - całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym, obejmujące proces diagnostyczno - terapeutyczny trwający od chwili przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu; hospitalizacja obejmuje: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapię zlecone przez lekarza oraz profilaktykę, pielęgnację i rehabilitację, niezbędne w toku leczenia, jak również wszelkie świadczenia związane z pobytem, w tym usługę transportu sanitarnego;
2) **świadczenie w trybie jednodniowym** - całodzienne udzielanie świadczeń w trybie planowym, obejmujące proces diagnostyczny lub terapeutyczny; wykonywane na rzecz pacjenta z intencją wypisania go w tym samym dniu;
3) **świadczenie w szpitalnym oddziale ratunkowym** (SOR) - całodobowa gotowość do udzielania świadczeń oraz świadczenia udzielane w trybie zagrożenia życia i zdrowia, obejmujące procedury diagnostyczno – terapeutyczne, a w szczególności świadczenia polegające na wstępnej diagnostyce i podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia z przyczyny wewnętrznej lub zewnętrznej, w tym w szczególności w razie wypadku, urazu, zatrucia u dorosłych i dzieci. Świadczenia SOR obejmują, w razie potrzeby, zabezpieczenie medyczne pacjentów oraz zapewnienie transportu w razie konieczności leczenia specjalistycznego. Pobyt w SOR musi być zakończony wypisem;
4) **świadczenie w szpitalnej izbie przyjęć** – całodobowa gotowość do udzielania świadczeń w trybie nagłym oraz porady udzielone pacjentowi w izbie przyjęć obejmujące świadczenia diagnostyczno - terapeutyczne, niekończące się decyzją o hospitalizacji. Świadczenia udzielane w szpitalnej izbie przyjęć obejmować mogą również procedury medyczne realizowane w szpitalnym oddziale ratunkowym. Świadczenia udzielane w szpitalnej izbie przyjęć obejmują, w razie potrzeby, zabezpieczenie medyczne pacjentów oraz zapewnienie transportu w razie konieczności kontynuacji leczenia specjalistycznego;
5) **świadczenie w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii** - postępowanie mające na celu podtrzymywanie funkcji życiowych oraz leczenie chorych w stanach zagrożenia życia, spowodowanych potencjalnie odwracalną niewydolnością jednego lub kilku podstawowych układów organizmu;
6) **świadczenie w zakresie chemioterapii -** terapia substancją czynną stosowaną zgodnie z Katalogiem świadczeń onkologicznych – chemioterapia;
7) **świadczenie w zakresie programów terapeutycznych (lekowych)** – terapia substancją czynną stosowaną zgodnie z Katalogiem programów terapeutycznych (lekowych) oraz opisami programów stanowiącymi załącznik do tego Katalogu.

§ 9

1. W ramach dokumentacji OAiIT wymagane jest prowadzenie karty punktacji stanu pacjenta, której wzór stanowi **załącznik nr 7a** do materiałów informacyjnych, w skali TISS - 28 lub TISS - 28 dla dzieci, określonej w **załączniku nr 7b** do materiałów informacyjnych. Wypełnione karty, dla każdej doby pobytu świadczeniobiorcy w OAiIT, należy archiwizować w historii choroby.
2. Ocena stanu zdrowia pacjenta, dla potrzeb określenia punktacji w skali TISS - 28 lub TISS - 28 dla dzieci, powinna być przeprowadzana codziennie rano o godz. 10:00.
3. Pacjenci leczeni w OAiIT uzyskujący poniżej 19 punktów w skali TISS - 28 lub TISS - 28 dla dzieci (nie dotyczy dzieci wymagających oddechu wspomaganego i/ lub zastępczego) rozliczani są zgodnie z Katalogiem świadczeń szpitalnych.
4. Świadczenia opieki zdrowotnej w OAiIT rozliczane są zgodnie z Katalogiem świadczeń szpitalnych.
5. W przypadku przeprowadzenia zabiegu operacyjnego w warunkach sali operacyjnej lub zabiegowej w czasie leczenia w OAiIT, dopuszcza się dodatkowe rozliczenie zabiegu w zakresie odpowiadającym oddziałowi operującemu, w wysokości 60% wartości punktowej świadczenia zabiegowego, niezależnie od rozliczenia osobodni pobytu w OAiIT na podstawie oceny stanu zdrowia w skali TISS - 28 lub TISS - 28 dla dzieci.
6. Łączne rozliczenie zabiegu, o którym mowa w ust. 5 i/ lub zabiegów leczenia nerkozastępczego poza OAiIT, wyklucza możliwość uwzględnienia w odpowiednich dniach oceny stanu zdrowia, na podstawie skal TISS - 28 lub TISS - 28 dla dzieci, w części 6 - inne interwencje, lit. c - czynności poza OAiIT o wartości 5 pkt., zgodnie z **załącznikiem nr 7b** do materiałów informacyjnych.

§ 10

1. Katalog świadczeń szpitalnych zawiera oznaczenie warunków udzielania świadczeń.
2. Katalog programów terapeutycznych (lekowych) zawiera w szczególności opisy poszczególnych programów, stanowiące załącznik do tego Katalogu.

§ 11

1. W ramach realizacji umowy o udzielanie świadczeń, o którym mowa w § 1 ust. 3 pkt 4, świadczeniodawca ma obowiązek:
   1) monitorowania stanu pacjenta uczestniczącego w programie, zgodnie z opisami programów, o których mowa w §10 ust. 2,
   2) prowadzenia, dokumentacji dodatkowej w trybie i formie określonych w opisach programów, o których mowa w §10 ust. 2, ze szczególnym uwzględnieniem rejestru powikłań i działań niepożądanych występujących w trakcie realizacji programu,

3) przekazywania do oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o udzielanie tych świadczeń oryginału części A Karty rejestracji pacjenta do udziału w programie terapeutycznym (lekowym), zwanej dalej Kartą, stanowiącej **załącznik nr 8** do materiałów informacyjnych, w terminie 30 dni od dnia włączenia pacjenta do programu,

4) przechowywania oryginałów części B Karty w dokumentacji medycznej pacjenta.

2. Świadczeniodawca wyklucza pacjenta z programu, w przypadku braku efektu leczenia bądź wystąpienia przeciwwskazań wymienionych w opisach programów, o których mowa w § 10 ust. 2.
3. Świadczeniodawca udzielający świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 4, zobowiązany jest do stosowania wyłącznie substancji czynnych ujętych w wykazie substancji czynnych stosowanych w programach terapeutycznych (lekowych), stanowiącym **załącznik nr 9** do materiałów informacyjnych, zgodnie z opisami programów terapeutycznych (lekowych), o których mowa w §10 ust. 2 oraz wskazaniami rejestracyjnymi, z zastrzeżeniem § 17 pkt 13.

§ 12

1. W zakresie świadczeń z Katalogu świadczeń onkologicznych – chemioterapia stosuje się substancje czynne ujęte w wykazie substancji czynnych stosowanych w terapii nowotworów, stanowiącym **załącznik nr 10** do materiałów informacyjnych, z zastrzeżeniem § 21 ust. 2 pkt 1.
2. Katalog świadczeń onkologicznych - chemioterapia, zawiera standardy łączenia substancji czynnych, kwalifikowanych jako chemioterapia standardowa, zgodnie z zaleceniami postępowania terapeutycznego w nowotworach.
3. Świadczeniodawca jest odpowiedzialny za stosowanie każdej z substancji czynnych ujętych w wykazie, o którym mowa w ust. 1, zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi, z zastrzeżeniem § 17 pkt 13, oraz standardami łączenia substancji czynnych.

§ 13

Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie toksykologii powinni stosować skalę ciężkości zatruć (PSS - poisoning severity score) – stanowiącą **załącznik nr 11** do materiałów informacyjnych.

§ 14

1. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń:

1) endoprotezoplastyki narządu ruchu,

2) związanych z opieką nad pacjentami po przeszczepie narządu unaczynionego lub szpiku,

3) związanych z leczeniem udarów,

- zobowiązany jest do przekazywania wraz z rachunkiem sprawozdania, sporządzonego zgodnie ze wzorem określonym w aplikacji internetowej udostępnionej przez oddział wojewódzki Funduszu.

2. W przypadku, gdy świadczeniodawca udziela świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w szpitalnej izbie przyjęć, zobowiązany jest do przekazywania wraz z rachunkiem, sprawozdania w wersji elektronicznej, zgodnie z wykazem określonym w **załączniku nr 12** do materiałów informacyjnych.

Rozdział 4
Zasady finansowania świadczeń

§ 15

1. Sposobem rozliczania świadczeń, o których mowa w § 1 jest cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej albo ryczałt dobowy, z zastrzeżeniem § 18 ust. 3.
2. Jednostką rozliczeniową jest punkt.
3. Rozliczenie ryczałtem obejmuje świadczenia udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym i szpitalnej izbie przyjęć.

§ 16

Kwota zobowiązania stanowi sumę iloczynów liczby punktów z poszczególnych zakresów i ceny punktu oraz iloczynu liczby dni i stawki ryczałtu dobowego.

§ 17

Świadczeniodawca zobowiązany jest do przestrzegania następujących zasad:

1) w przypadku udzielenia więcej niż jednego świadczenia w czasie pobytu świadczeniobiorcy w szpitalu do rozliczenia należy wykazywać tylko jedno świadczenie;
2) świadczenia, o których mowa w pkt 1, wykazywane do rozliczenia, nie podlegają łączeniu, z zastrzeżeniem pkt 3-11;
3) łączenie świadczeń określonych w Katalogu świadczeń szpitalnych dopuszczalne jest w przypadkach wskazanych w tym Katalogu;
4) szczegółowe warunki łączenia świadczeń, o których mowa w pkt 3, określa **załącznik nr 13** do materiałów informacyjnych;
5) dopuszczalne jest łączenie świadczeń określonych w Katalogach o których mowa w § 1 ust. 3, z zastrzeżeniem pkt 3;
6) dopuszczalne jest łączenie świadczeń określonych w Katalogach, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 1 i 2, ze świadczeniami w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane;
7) w przypadkach, o których mowa w pkt 5 i 6, świadczenia podlegające łączeniu finansowane są na podstawie odrębnych umów;

8) niedopuszczalne jest łączenie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne ze świadczeniami w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, z wyłączeniem zakresów świadczeń, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 3 i 4 oraz procedury monitorowania po przeszczepie;
9) w przypadku udzielenia kilku świadczeń zabiegowych z jednego dojścia operacyjnego, do rozliczenia należy wykazywać tylko jedno świadczenie;
10) w przypadku udzielenia kilku świadczeń zabiegowych z kilku dojść operacyjnych, bez względu na zakres, oraz w przypadku świadczeń związanych z diagnostyką i leczeniem (operacyjnym i nieoperacyjnym) urazowych uszkodzeń wielomiejscowych (wielonarządowych), można łączyć zgodnie z następującą zasadą: pierwsze świadczenie – 100% wartości punktowej, drugie – 60% wartości, trzecie – 30% wartości, czwarte – 10% wartości;
11) dzień przyjęcia do leczenia oraz dzień jego zakończenia wykazywany jest do rozliczenia jako jeden osobodzień z wyjątkiem świadczeń, do których kwalifikuje się na podstawie oceny w skali TISS - 28 lub TISS - 28 dla dzieci oraz świadczeń udzielanych w trybie jednodniowym;
12) przez osobodzień w OAiIT rozumie się każdy 24-godzinny okres liczony od godziny przyjęcia, również rozpoczęty okres leczenia do momentu zgonu lub przeniesienia do innego oddziału;
13) przedłożenia dokumentów wymaganych przepisami prawa, w przypadku udzielania świadczeń w zakresach, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 1 i 3, w ramach procedur farmakoterapia niestandardowa i chemioterapia niestandardowa, związanych z koniecznością zastosowania leku poza jego wskazaniami rejestracyjnymi.

§ 18

1. Świadczenia z zakresu programów terapeutycznych (lekowych) rozliczane są w oparciu o wykaz, o którym mowa w § 11 ust. 3, określający wartość punktową dla odpowiedniej jednostki miary danej postaci substancji czynnej
2. Świadczenia z zakresu chemioterapii rozliczane są w oparciu o wykaz, o którym mowa w § 12 ust. 1, określający wartość punktową dla odpowiedniej jednostki miary danej postaci substancji czynnej
3. W zakresach, o których mowa w ust. 1 i 2, rozliczeniu podlegają podane/ wydane pacjentowi leki, w ilościach stanowiących wielokrotność bądź ułamek poszczególnych pozycji określonych w odpowiednich wykazach, o którym mowa w § 11 ust. 3 i § 12 ust. 1, z zastrzeżeniem ust 6 - 9.

4. Świadczeniodawca ma prawo rozliczyć tylko ilość leku podaną pacjentowi, niewykorzystane części postaci leków nie podlegają rozliczeniu, z zastrzeżeniem ust. 6 - 9.
5. Podstawą rozliczeń jest wycena jednostki miary danej postaci substancji czynnej, zawarta w odpowiednich wykazach, o których mowa w § 11 ust. 3 i § 12 ust. 1.
6. Świadczeniodawca realizujący świadczenia z zakresu chemioterapii może dodatkowo w danym okresie sprawozdawczym rozliczyć do 5% wartości podanych leków (jako kosztu niewykorzystanych części leków).
7. Świadczeniodawca realizujący świadczenia z zakresu chemioterapii – hemato-onkologii dziecięcej może dodatkowo w danym okresie sprawozdawczym rozliczyć do 15% wartości podanych leków (jako kosztu niewykorzystanych części leków).
8. Świadczeniodawca realizujący świadczenia z zakresu programów terapeutycznych (lekowych):
   1) leczenie raka piersi docetakselem,
   2) leczenie raka piersi trastuzumabem,
   3) leczenie raka jelita grubego irinotekanem,
   4) leczenie raka jajnika topotecanem,
   5) leczenie chłoniaków złośliwych rituximabem,
   6) leczenie raka jajnika paklitakselem,
   7) zastosowanie abciximabu u chorych ze świeżym zawałem serca z uniesieniem ST poddanych angioplastyce wieńcowej,
   8) leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów infliximabem

   - może dodatkowo w danym okresie sprawozdawczym rozliczyć do 5% wartości podanych leków (jako kosztu niewykorzystanych części leków).
9. Świadczeniodawca realizujący świadczenia z zakresu programu terapeutycznego (lekowego). Leczenie sepsy aktywnym białkiem C, rozlicza w danym okresie sprawozdawczym całość leku niezbędną do prowadzenia terapii wraz z niewykorzystaną jego częścią, pozostałą w opakowaniu.

§ 19

Rozliczenia, o których mowa w § 18 odbywają się w oparciu o informację o podaniu/ wydaniu każdego leku, sprawozdaną w formie komunikatu elektronicznego, którego zakres informacyjny określono w **załączniku nr 5** odpowiednio do umowy:

1) o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne – programy terapeutyczne (lekowe),
2) o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne – chemioterapia.

§ 20

1. Koszt świadczenia obejmuje koszt zastosowanych wyrobów medycznych, z wyjątkiem przypadków odrębnie określonych w Katalogu świadczeń szpitalnych.
2. Koszt świadczenia obejmuje koszt świadczeń anestezjologicznych (świadczenia te są wykazywane do celów sprawozdawczych) z wyjątkiem świadczeń wskazanych w Katalogu świadczeń szpitalnych.

§ 21

1. Wytyczne udzielania świadczeń „hospitalizacja za zgodą płatnika", oraz wniosek o wyrażenie „zgody płatnika" stanowią odpowiednio **załączniki nr 14a i 14b** do materiałów informacyjnych.
2. Wytyczne udzielania świadczeń:
   1) „chemioterapia niestandardowa" stanowią odpowiednio **załączniki nr 15a** do materiałów informacyjnych;
   2) „farmakoterapia niestandardowa" stanowią odpowiednio **załączniki nr 15b** do materiałów informacyjnych;
3. Wniosek o „chemioterapię/ farmakoterapię niestandardową" stanowi **załącznik nr 16** do materiałów informacyjnych.

§ 22

1. Jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu tej samej jednostki chorobowej nie przekracza 14 dni, świadczenia te wykazywane są jako jedno świadczenie, z wyjątkiem świadczeń związanych z zastosowaniem chemioterapii, teleradioterapii, brachyterapii, terapii izotopowej i substancji czynnej, ujętej w Katalogu substancji czynnych stosowanych w programach terapeutycznych (lekowych), a także leczenia objawowego.
2. W uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczanie określonych świadczeń, związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni.

§ 23

Na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wyrazić zgodę na wprowadzenie zmian w indywidualnym pakiecie świadczeniodawcy w systemie informatycznym, dotyczących uprawnień do rozliczania świadczeń w określonym zakresie lub łączenia świadczeń.

Załączniki:

załącznik nr 1a - Katalog świadczeń szpitalnych;
załącznik nr 1b - Katalog świadczeń onkologicznych – teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa;
załącznik nr 1c - Katalog świadczeń onkologicznych – chemioterapia;
załącznik nr 1d - Katalog programów terapeutycznych (lekowych);
załącznik nr 2a - Wzór umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne;
załącznik nr 2b - Wzór umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne – teleradioterapia, brachyterapia i terapia izotopowa;
załącznik nr 2c - Wzór umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne – chemioterapia;
załącznik nr 2d - Wzór umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne – programy terapeutyczne (lekowe);
załącznik nr 3a - Wymagania wobec świadczeniodawców;
załącznik nr 3b - Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu chemioterapii;
załącznik nr 3c - Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów terapeutycznych (lekowych);
załącznik nr 4 - Wymagania wobec pracowni/ zakładów diagnostycznych;
załącznik nr 5 - Wzór oświadczenia o ustalaniu czasu pracy osób udzielających świadczeń;
załącznik nr 6 - Warunki udzielania świadczeń w trybie jednodniowym;
załącznik nr 7a - Wzór karty punktacji stanu pacjenta w skali TISS – 28;
załącznik nr 7b - Skala TISS-28;
załącznik nr 8 - Karta rejestracji pacjenta do udziału w programie terapeutycznym (lekowym);
załącznik nr 9 - Wykaz substancji czynnych stosowanych w programach terapeutycznych (lekowych);
załącznik nr 10 - Wykaz substancji czynnych stosowanych w terapii nowotworów;
załącznik nr 11 - Skala ciężkości zatruć;
załącznik nr 12 - Wykaz czynności udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i szpitalnej izbie przyjęć;
załącznik nr 13 - Szczegółowe warunki sumowania świadczeń;
załącznik nr 14a - Wytyczne stosowania świadczenia „Hospitalizacja za zgodą płatnika”;
załącznik nr 14b - Wniosek o wyrażenie „zgody płatnika”;
załącznik nr 15a - Wytyczne stosowania świadczenia „chemioterapia niestandardowa”;
załącznik nr 15b - Wytyczne stosowania świadczenia „farmakoterapia niestandardowa”;
załącznik nr 16 - Wniosek na „chemioterapię/ farmakoterapię niestandardową”.

Katalog świadczeń szpitalnych

objaśnienia:

(*) zgoda płatnika na rozliczenie danego świadczenia lub ustalenie i jego wyceny punktowej

(**) warunki referencyjne - możliwość wykonywania świadczenia potwierdzona pozytywną opinią konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny,

(***)wymóg poszerzonej dokumentacji obrazującej realizację świadczenia np. wydruk z USG, zapis video lub kopia

lp.	świadczenie			zakresy świadczeń (specjalności zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r.)																																										warunki udzielania świadczeń					uwagi	sumowanie
	kod świadczenia	nazwa świadczenia	wartość punktowa	36 alergologia	01 anestezjologia i intensywna terapia	37 angiologia	02 audiologia i foniatria	03 chirurgia dziecięca	04 chirurgia klatki piersiowej	39 chirurgia naczyniowa	05 chirurgia ogólna	40 chirurgia onkologiczna	41 chirurgia plastyczna	06 chirurgia szczękowo-twarzowa	42 choroby płuc	07 choroby wewnętrzne	08 choroby zakaźne	09 dermatologia i wenerologia	43 diabetologia	44 endokrynologia	47 gastroenterologia	50 hematologia	12 kardiochirurgia	53 kardiologia	54 kardiologia dziecięca	57 nefrologia	20 neonatologia	21 neurochirurgia	22 neurologia	58 neurologia dziecięca	23 okulistyka	60 onkologia i hematologia dziecięca	24 onkologia kliniczna	25 ortopedia i traumat. narz. ruchu	26 otorynolaryngologia	28 pediatria	67 reumatologia	29 położnictwo i ginekologia	69 toksykologia kliniczna	71 transplantologia kliniczna	34 urologia	71 urologia dziecięca	48 geriatria	52 immunologia	49 ginekologia onkologiczna	tryb jednodniowy	hospitalizacja	zgoda płatnika (*)	warunki referencyjne (**)	dokumentacja dodatkowa (***)		
1	5.06.00.0000001	nacięcie powłok - ewakuacja, sączkowanie krwiaka i/ lub ropnia, ciało obce - usunięcie z powłok lub z naturalnych otworów ciała, zaopatrzenie ran powierzchownych	5					X	X	X	X	X	X	X				X										X						X	X			X			X	X			X	X	X					
2	5.06.00.0000002	usunięcie lub wymiana rurki tracheostomijnej, cewnika, stomii, tamponady, drenu stawu	5					X	X	X	X	X	X	X														X						X	X	X		X			X	X			X	X	X					
3	5.06.00.0000003	wodniak przymózgowy - ewakuacja	300					X			X																	X																			X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
4	5.06.00.0000004	biopsja cienkoigłowa jednej zmiany ogniskowej z użyciem techniki obrazowej, z badaniem cytologicznym (2-4 rozmazy)	15					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	za każdy zabieg; konieczna dokumentacja fotograficzna końca igły w nakłuwanej zmianie	
5	5.06.00.0000005	krwawienia po ekstrakcjach i innych zabiegach stomatologicznych - leczenie wymagające hospitalizacji	10					X			X			X																		X				X													X					
6	5.06.00.0000006	żywienie dojelitowe	8	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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		2		- za każdy dzień żywienia; - warunki referencyjne dotyczą neonatologii	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
7	5.06.00.0000007	punkcja diagnostyczno - terapeutyczna jam ciała, stawu, zatok, skóry i torbieli z pełną diagnostyką (cytologia, mikrobiologia, analityka)	10					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					
8	5.06.00.0000008	wycięcie pojedynczych zmian ze skóry, błon śluzowych i tkanek miękkich z niezbędną diagnostyką (w tym badanie hist.-pat.)	15					X	X	X	X	X	X	X				X										X			X			X	X			X			X	X			X	X	X					
9	5.06.00.0000009	usunięcie paznokcia, łożyska paznokcia lub obrąbka naskórkowego	10					X			X																																				X	X					
10	5.06.00.0000010	wstrząśnienie mózgu i obrażenia różnych okolic ciała - obserwacja i leczenie zachowawcze - diagnostyka podstawowa	40					X			X			X														X	X	X				X		X							X					X					
11	5.06.00.0000011	zaopatrzenie chirurgiczne (wycięcie/ zeszycie) ran powierzchownych spojówki i aparatu ochronnego oka	20										X																		X																X	X					
12	5.06.00.0000012	wstrząśnienie mózgu - obserwacja i leczenie zachowawcze - diagnostyka rozszerzona (TK/ NMR)	85					X			X			X														X	X	X				X		X							X					X					
13	5.06.00.0000013	zaopatrzenie chirurgiczne ran bądź wycięcie zmiany ze skóry z okolic wstrząsorodnych (szyja, dół pachowy, okolica krocza) w znieczuleniu miejscowym z badaniem hist.-pat.	20					X	X	X	X			X														X						X	X			X			X	X			X	X	X					
14	5.06.00.0000014	złamanie kości twarzoczaszki - leczenie zachowawcze (przed przekazaniem do ośrodka referencyjnego)	20					X			X			X																					X												X	X					
15	5.06.00.0000015	dyskwalifikacja z planowego zabiegu operacyjnego/ inwazyjnych procedur kardiologicznych z powodu ujawnionych w szpitalu przeciwwskazań (np. choroby infekcyjne, kardiologiczne, zmiana sposobu postępowania - odstąpienie od leczenia operacyjnego)	15					X	X	X	X	X	X	X									X	X	X			X			X			X	X			X		X	X	X			X		X					nie można sumować z żadnym świadczeniem

16	5.06.00.0000016	tamponada nosa tylna wymagająca hospitalizacji	70					X			X			X																					X	X											X					
17	5.06.00.0000017	złamanie miednicy - z przerwaniem obręczy - leczenie zachowawcze (przed przekazaniem do ośrodka referencyjnego)	25					X			X																																	X				X					
18	5.06.00.0000018	kompletne żywienie pozajelitowe dorosłych	15	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	X	X	X	X	X	X	X	X		X				za każdy dzień żywienia	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
19	5.06.00.0000019	plastyka korekcyjna zniekształceń bliznowatych i ubytków pourazowych różnych okolic ciała - wycięcie i zeszycie	25					X	X	X	X	X	X	X														X			X			X	X			X			X	X				X	X					
20	5.06.00.0000020	wymiana lub usunięcie cewnika w przetoce nerkowej	25					X			X	X																													X	X				X	X					
21	5.06.00.0000021	leczenie trombolityczne streptokinazą (zatorowość płucna, zakrzepica)	30					X	X	X	X			X	X	X								X		X			X	X				X	X	X		X		X	X		X				X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
22	5.06.00.0000022	biopsja gruboigłowa narządów/ tkanki kostnej przezskórna/ przezpochwowa/ przezodbytnicza z pełną diagnostyką (badania hist.-pat., immunocytochemiczne, cytometryczne, molekularne) z użyciem technik obrazowych	30					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					
23	5.06.00.0000023	niedokrwienie kończyn - diagnostyka, leczenie zachowawcze przed przekazaniem do ośrodka referencyjnego	60					X			X					X			X																								X				X					
24	5.06.00.0000024	odgłobienie jelita (powietrze lub płyn)	30					X			X																																			X					
25	5.06.00.0000025	odprowadzenie uwięźniętej przepukliny	30					X			X																																			X					
26	5.06.00.0000026	wycięcie rozległych lub mnogich (powyżej 5) zmian ze skóry, błon śluzowych i tkanek miękkich z niezbędną diagnostyką (w tym badanie hist-pat)	30					X	X	X	X	X	X	X				X										X			X			X	X			X			X	X			X	X	X					
27	5.06.00.0000027	leczenie zakażonych ran, owrzodzeń troficznych (z bad. hist.-pat., bad. mikrobiologicznym), złamań, wymiana opatrunku gipsowego, usunięcie zespolenia zewnętrznego, korekcja osi kończyny (gipsotomia), usunięcie przezskórnie wprowadzonych grotów	40					X	X	X	X	X	X	X				X										X			X			X				X			X		X			X	X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
28	5.06.00.0000028	cewnikowanie i wypłukanie skrzepów krwi z pęcherza, wykonanie wlewki leku do pęcherza moczowego	20					X			X	X				X																X	X								X	X			X	X	X				leki: Mitomycyna, Epirubicyna, Doksorubicyna, Szczepionka BCG	
29	5.06.00.0000029	hospitalizacja przed przekazaniem do ośrodka o wyższym poziomie referencyjnym	50					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					nie można sumować z żadnym świadczeniem
30	5.06.00.0000030	hospitalizacja celem oceny skutków i ewentualnej modyfikacji leczenia (pobyt 1-2 dniowy)	40	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	X	X	X	X	X					nie można sumować z żadnym świadczeniem
31	5.06.00.0000031	leczenie zachowawcze w kolce jelitowej, kolce żółciowej, kolce nerkowej, w bólach lędźwiowych, innych bólach brzucha/ obserwacja np. w kierunku: appendicitis acuta, perforatio, subileus, roponercze, leczenie zachowawcze zapaleń: gruczołu krokowego, jądra	50					X			X	X				X					X															X		X			X	X	X				X					nie można sumować z żadnym świadczeniem
32	5.06.00.0000032	nacięcie małżowiny usznej - wielokrotny drenaż krwiaka	50					X			X																								X											X	X					
33	5.06.00.0000033	neuroliza splotu trzewnego	50		X							X									X												X													X	X					
34	5.06.00.0000034	wycięcie żylaków kończyn dolnych - miniflebektomia/ bez safenektomii/ żylaków nawracających	50					X		X	X																																		X	X					
35	5.06.00.0000035	zakładanie portów do radykalnej chemioterapii i/ lub kontaktu centralnego	250		X			X			X	X										X										X	X													X	X	X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (portu)	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
36	5.06.00.0000036	chirurgiczne opracowanie rozległych, głębokich ran	50					X	X	X	X		X	X																				X	X								X		X	X	X				w geriatrii przy współudziale chirurga w zespole	
37	5.06.00.0000037	obrzezanie, operacja załupka, zeszycie rany skóry prącia	50					X			X		X																											X	X				X	X					
38	5.06.00.0000038	wstępne zaopatrzenie złamań przed przekazaniem do ośrodka wyższego szczebla lub referencyjnego	20					X			X																						X									X				X				w geriatrii przy współudziale ortopedy/ chirurga w oddziale	
39	5.06.00.0000039	nastawienie złamania/ zwichnięcia zamknięte: udo, ramię, przedramię, ręka, stopa, wymagające hospitalizacji	50					X			X																						X													X					
40	5.06.00.0000040	rekonstrukcja ręki - pierwotna prostowników/ zginaczy palców ręki (za każde ścięgno)	70					X			X		X																					X												X	X					
41	5.06.00.0000041	wycięcie torbieli włosowej	70					X			X		X																																X	X					

42	5.06.00.0000042	uraz kręgosłupa z porażeniami kończyn - diagnostyka (TK/ NMR), nieoperacyjne leczenie (wyciąg czaszkowy) chorych do czasu przekazania do oddziału rehabilitacji	80				|X|	|X|																|X|																				|X|				
43	5.06.00.0000043	pH-metria (całodobowe monitorowanie pH przełyku) lub manometria przełyku lub odbytnicy i odbytu	80					X	X		X					X					X				X											X	X											X	X				
44	5.06.00.0000044	stłuczenie mózgu, stłuczenie pnia mózgu - leczenie zachowawcze, nie wymagające leczenia w OAiIT	100					X			X																	X	X	X																		X					
45	5.06.00.0000045	wodobrzusze - odbarczenie, uzupełnienie niedoborów	80					X			X	X				X	X				X											X	X			X		X					X		X		X				
46	5.06.00.0000046	wycięcie języka częściowe, zmniejszenie masy języka, wycięcie drobnych zmian rozrostowych	100					X				X	X	X																						X												X					
47	5.06.00.0000047	wycięcie żylaków/ szczeliny odbytu	90					X		X	X																																			X	X				
48	5.06.00.0000048	uraz kręgosłupa z porażeniami kończyn - diagnostyka (TK/ NMR), nieoperacyjne leczenie (wyciąg czaszkowy) z niezbędną farmakoterapią chorych do czasu przekazania do oddziału rehabilitacji	270					X			X																	X						X													X				niezbędne 24 godzinne leczenie neuroprotekcyjne	
49	5.06.00.0000049	wytworzenie przetoki tchawicy (tracheotomia)	130					X	X		X	X	X															X							X												X					
50	5.06.00.0000050	złamanie żuchwy/ szczęki - nastawienie zamknięte z szynowaniem	120											X																																	X					
51	5.06.00.0000051	dyskwalifikacja z planowego zabiegu operacyjnego/ inwazyjnych procedur kardiologicznych z powodu ujawnionych w szpitalu przeciwwskazań wymagających badań specjalistycznych (TK lub NMR lub echokardiografia)	60					X	X	X	X	X	X	X		X							X	X	X			X			X			X	X			X		X	X	X			X		X					nie można sumować z żadnym świadczeniem
52	5.06.00.0000052	naciek okołowyrostkowy - leczenie zachowawcze	140					X			X																																			X					
53	5.06.00.0000053	plastyka korekcyjna powłok jamy brzusznej bez wszczepu syntetycznego (przepuklina pachwinowa, udowa - jednostronna, pępkowa, kresy białej, Spigela)	100					X			X		X																																X	X				
54	5.06.00.0000054	wycięcie czerniaka złośliwego z węzłem wartowniczym	110					X			X	X																						X										X		X		X		
55	5.06.00.0000055	złamanie i/ lub zwichnięcie - leczenie bezkrwawym nastawieniem ze znieczuleniem ogólnym, dożylnym, regionalnym+ unieruchomieniem w opatrunku gipsowym wymagające obserwacji szpitalnej	90					X			X																						X	X											X	X				
56	5.06.00.0000056	krwawienia z przewodu pokarmowego nie wymagające postępowania operacyjnego - leczenie bez zabiegów endoskopowego tamowania krwawienia	100					X			X	X				X					X												X			X							X				X				
57	5.06.00.0000057	odmrożenia lub oparzenia przed przekazaniem do ośrodka referencyjnego	100					X			X		X			X																		X	X											X					nie można sumować z żadnym świadczeniem
58	5.06.00.0000058	choroby dróg żółciowych - leczenie bez zabiegów endoskopowych i przezskórnych	80					X			X					X					X														X							X				X					
59	5.06.00.0000059	choroby dróg żółciowych - leczenie z zabiegami endoskopowymi i przezskórnymi	350					X			X	X				X					X																									X		X			
60	5.06.00.0000060	choroby trzustki - leczenie bez zabiegów endoskopowych i przezskórnych	130					X								X					X														X							X				X					
61	5.06.00.0000061	choroby trzustki - leczenie z zabiegami endoskopowymi i przezskórnymi	360					X			X	X				X					X																									X		X			
62	5.06.00.0000062	krwawienia z przewodu pokarmowego nie wymagające postępowania operacyjnego - diagnostyka wraz z leczeniem z zabiegami endoskopowego tamowania krwawienia	250					X			X	X				X					X												X			X							X				X				
63	5.06.00.0000063	punkcja i/ lub drenaż torbieli, ropni i jam ciała z pełną diagnostyką (endoskopowo)	100					X	X		X	X		X	X	X					X												X		X		X	X			X	X			X	X	X				
64	5.06.00.0000064	rekonstrukcja piersi - rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	100								X	X	X																																X	X				z wyjątkiem zabiegów kosmetycznych nie będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub jej leczenia	
65	5.06.00.0000065	torakoskopia/ wideotorakoskopia	240						X																																					X					można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi

66	5.06.00.0000066	operacja wodniaka jądra, powrózka nasiennego lub torbieli najądrza, wycięcie jądra lub obu jąder, wycięcie najądrza, operacja z powodu skrętu jądra lub przyczepka jądra z zachowaniem jądra, operacja uszkodzenia urazowego jądra	100					X			X	X																													X	X				X	X					
67	5.06.00.0000067	amputacja kończyny na poziomie palców ręki, stopy (również palców dodatkowych)	100					X		X	X	X	X																					X												X	X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
68	5.06.00.0000068	urazy różnych okolic ciała - obserwacja, leczenie zachowawcze	50					X	X		X			X																					X	X						X					X					
69	5.06.00.0000069	rewizja dołu podkolanowego w obwodowej miażdżycy tętnic	110							X	X																																				X					
70	5.06.00.0000070	zakrzepica żylna, za wyjątkiem zakrzepicy układu powierzchownego kończyn dolnych - leczenie zachowawcze trwające ponad 7 dni	160			X		X	X	X	X				X	X	X	X						X									X	X	X	X		X			X		X		X		X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
71	5.06.00.0000071	zespoły bólowe o podłożu nowotworowym - leczenie z założeniem cewnika nadtwardówkowego	120		X			X	X			X			X	X												X	X			X	X	X												X	X				obejmuje koszt wyrobu medycznego (cewnika)	
72	5.06.00.0000072	plastyka korekcyjna powłok jamy brzusznej bez wszczepu syntetycznego (przepuklina pachwinowa, udowa - obustronna)	140					X			X		X																													X				X	X					
73	5.06.00.0000073	plastyka płatem skórnym z sąsiedztwa	120					X	X		X	X	X	X				X																X	X											X	X					
75	5.06.00.0000075	zamknięcie przetoki tętniczo-żylnej	120					X		X																																					X		X			
76	5.06.00.0000076	złamanie kości pokrywy i/ lub podstawy czaszki z płynotokiem - leczenie zachowawcze	150					X			X																	X	X	X					X												X					
77	5.06.00.0000077	wycięcie żylaków kończyn dolnych z safenektomią	120					X		X	X																																			X	X					
78	5.06.00.0000078	plastyka korekcyjna powłok jamy brzusznej - operacja przepukliny pooperacyjnej lub kresy białej bez wszczepu syntetycznego	120					X			X	X	X																													X				X	X					
79	5.06.00.0000079	przetoka okołoodbytnicza - plastyka korekcyjna	140					X			X	X																																	X	X	X					
80	5.06.00.0000080	niedokrwienie kończyn krytyczne - leczenie zachowawcze wg kryteriów TASC	180			X				X	X					X																											X				X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
81	5.06.00.0000081	otwarcie żołądka (gastrotomia)	160					X			X	X																																			X					
82	5.06.00.0000082	wycięcie jelita częściowe - uchyłka Meckela	175					X			X																																		X		X					
83	5.06.00.0000083	świadczenie skreślone - wycięcie wyrostka robaczkowego																																																		
84	5.06.00.0000084	wytworzenie przetoki żołądka (gastrostomia)	160					X	X		X	X																																			X					
85	5.06.00.0000085	laparotomia zwiadowcza	145					X	X		X	X																										X			X	X			X		X					
86	5.06.00.0000086	owrzodzenia podudzia - leczenie	150					X		X	X					X		X																								X				X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
87	5.06.00.0000087	stopa cukrzycowa - leczenie zachowawcze	150					X		X	X					X			X																							X				X					
88	5.06.00.0000088	laparoskopia diagnostyczna	140					X		X	X	X																										X			X	X			X	X	X					
89	5.06.00.0000089	nadciśnienie wewnątrzczaszkowe - leczenie zachowawcze	150					X			X																	X		X																	X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
90	5.06.00.0000090	usunięcie zatoru ze światła naczynia obwodowego (embolektomia i trombektomia)	165					X		X	X																							X													X					
91	5.06.00.0000091	zespół pozakrzepowy - leczenie operacyjne, np. op. Lintona	200							X	X																																				X					
92	5.06.00.0000092	wytworzenie przetoki przewodu pokarmowego z wyjątkiem mikroprzetok	150					X			X	X																																	X		X					
93	5.06.00.0000093	biopsja narządowa otwarta, mięśnia sercowego (zamknięta-wyjątek), ogniska patologicznego z pełną diagnostyką	120					X	X	X	X	X		X									X	X				X						X	X			X		X	X	X		X	X	X	X				niezależnie od liczby bioptatów	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
94	5.06.00.0000094	rewizja po operacji wewnątrzczaszkowej	150																									X																			X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
95	5.06.00.0000095	nacięcie wpustu (kardiomyotomia) w przebiegu kurczu wpustu	110					X	X		X																																				X					
96	5.06.00.0000096	wycięcie jajnika - częściowe, operacje zmian chorobowych przydatków w laparotomii lub laparoskopowe wycięcie guza przydatków, z badaniem śródoperacyjnym hist-pat lub operacyjne leczenie ciąży ektopowej	180					X			X	X																										X				X			X		X		X		w chirurgii ogólnej i dziecięcej tylko ostre stany	

97	5.06.00.0000097	plastyka odźwiernika	200					X			X	X																																			X					
98	5.06.00.0000098	drenaż jamy opłucnowej, jamy otrzewnowej, osierdzia, torbieli trzustki	170					X	X		X	X			X	X						X										X	X					X			X		X				X					można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi (wyłącznie w torakochirurgii)
99	5.06.00.0000099	świadczenie skreślone - odbarczenie obrzęku limfatycznego kończyny w przebiegu phlegmasia alba / caerulea dolens																																																		
100	5.06.00.0000100	plastyka korekcyjna przepukliny przeponowej z dojścia brzusznego/ przez klatkę piersiową	180					X	X		X																																				X					
101	5.06.00.0000101	wykonanie zespolenia omijającego przewodu pokarmowego	200					X			X	X																															X		X					
102	5.06.00.0000102	zamknięcie perforacji przewodu pokarmowego	200					X			X																																				X					
103	5.06.00.0000103	lumbotomia z usunięciem kamienia z nerki lub moczowodu i/ lub z drenażem i/ lub z biopsją nerki i/ lub umocowanie nerki nadmiernie ruchomej	180					X																															X	X					X					
104	5.06.00.0000104	usunięcie kamienia z moczowodu (operacyjne), wytworzenie przetoki moczowodowo-skórnej lub przetoki in situ jednostronne	180					X																															X	X					X					
105	5.06.00.0000105	złamanie kości szczęki otwarte - leczenie zachowawcze	240											X																					X												X					
106	5.06.00.0000106	wycięcie piersi - kwadrantu z badaniem hist.-pat. i plastyką	198					X			X	X	X																														X		X		X			
107	5.06.00.0000107	plastyka korekcyjna zniekształceń bliznowatych i ubytków pourazowych różnych okolic ciała z użyciem ekspandera	200					X	X		X	X	X																									X				X				X	X				obejmuje koszt wyrobu medycznego	
108	5.06.00.0000108	plastyka korekcyjna powłok jamy brzusznej (operacje przepukliny pachwinowej lub udowej obustronnej pooperacyjnej lub kresy białej z użyciem wszczepu syntetycznego	160					X			X	X	X																												X	X				X	X				obejmuje koszt wyrobu medycznego	
109	5.06.00.0000109	plastyka korekcyjna żołądka (profundoplastyka)	220					X			X																																				X					
110	5.06.00.0000110	świadczenie skreślone - wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną																																																		
111	5.06.00.0000111	wycięcie śledziony	200					X			X																																				X					
112	5.06.00.0000112	wycięcie tarczycy (częściowe lub całkowite)	200					X	X		X	X																							X											X	X		X		warunki referencyjne dla otorynolaryngologii	
113	5.06.00.0000113	wycięcie węzłów chłonnych blokowe	220					X	X		X	X																										X			X				X		X					
114	5.06.00.0000114	odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego	200					X			X	X																														X			X		X					
115	5.06.00.0000115	złamanie kości pokrywy czaszki - trepanacja zwiadowcza, otworkowa i/ lub odgłobienie	200					X			X																	X																			X					
116	5.06.00.0000116	drenaż wewnętrzny torbieli wątroby (fenestracja)	200					X			X	X																																			X					
117	5.06.00.0000117	złamanie i/ lub zwichnięcie w obrębie obręczy barkowej, kończyny górnej - leczenie operacyjne	290					X			X																							X															X					
118	5.06.00.0000118	złamanie żeber, mostka - nieoperacyjne leczenie wymagające analgezji śródopłucnowej, zewnątrzoponowej i hospitalizacji	200					X	X		X																							X															X					
119	5.06.00.0000119	chirurgia noworodka i niemowlęcia - pyloromyotomia	275					X																																							X		X			
120	5.06.00.0000120	otwarcie jamy otrzewnowej w ostrym zapaleniu trzustki	210					X			X																																				X				za każdy zabieg	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
121	5.06.00.0000121	plastyka korekcyjna pochwy	220					X																														X						X		X					
122	5.06.00.0000122	wycięcie guza kości sklepienia czaszki	242									X																X							X												X					
123	5.06.00.0000123	świadczenie skreślone - wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową																																																		
124	5.06.00.0000124	wagotomia wysoce wybiórcza	220					X			X																																				X					
125	5.06.00.0000125	plastyka korekcyjna klatki piersiowej w wadach wrodzonych	380					X	X																																						X				obejmuje koszt wyrobu medycznego	
126	5.06.00.0000126	wycięcie torbieli trzustki z drenażem	240					X			X	X																																			X					
127	5.06.00.0000127	wytworzenie przetoki klatki piersiowej (torakostomia)	400					X	X		X																																				X					
128	5.06.00.0000128	stopa cukrzycowa - leczenie chirurgiczne	220					X		X	X																																				X					
129	5.06.00.0000129	niedokrwienie kończyn ostre - leczenie zachowawcze (dotętnicza tromboliza)	220			X		X		X	X																																				X					
130	5.06.00.0000130	wycięcie piersi proste	242								X	X	X																														X		X		X			

131	5.06.00.0000131	plastyka korekcyjna ręki - płatowa w zakresie tkanek miękkich ręki	220					X					X																					X													X					
132	5.06.00.0000132	otyłość patologiczna, monstrualna z BMI > 40 - leczenie operacyjne, również z zastosowaniem opaski	750								X																																				X	X	X		obejmuje koszt wyrobu medycznego	
133	5.06.00.0000133	drenaż dróg żółciowych - operacyjny (z cholecystektomią lub bez)	240					X			X	X																																			X					
134	5.06.00.0000134	nowotwór powieki przekraczający zarysy oczodołu - leczenie operacyjne	200									X	X																		X																X		X			
135	5.06.00.0000135	wycięcie śledziony w przebiegu choroby nowotworowej	275					X			X	X																																X		X		X			
136	5.06.00.0000136	plastyka korekcyjna twarzy po porażeniu nerwu twarzowego z wytworzeniem fałdu nosowo-wargowego	230										X	X																															X	X					
137	5.06.00.0000137	rekonstrukcja krocza i odbytnicy po zastarzałym pęknięciu III stopnia	310																																		X										X					
139	5.06.00.0000139	endowaskularne udrażnianie przetok dializacyjnych	140							X																X																						X		X			
140	5.06.00.0000140	sympatektomia lędźwiowa	250					X			X																																				X					
141	5.06.00.0000141	zatrucie średnie pojedynczym lekiem/ zespoły odstawienne - diagnostyka, leczenie	300													X																			X			X									X		X		zgodnie z załacznikiem nr 11 do materiałów informacyjnych	
142	5.06.00.0000142	świadczenie skreslone - stymulacja nerwów krzyżowych - III etap stały																																																		
143	5.06.00.0000143	wycięcie torbieli pasożytniczej wątroby	250					X			X																																				X					
144	5.06.00.0000144	zaopatrzenie chirurgiczne uszkodzenia urazowego prącia obejmującego ciała jamiste lub cewkę	250					X																																X	X						X					
145	5.06.00.0000145	wycięcie węzłów chłonnych zasłonowych	330					X				X																									X			X				X		X					
146	5.06.00.0000146	wycięcie guza śródpiersia przedniego i/lub tylnego i/lub środkowego - z wykluczeniem dostępu szyjnego	770					X	X			X																																			X		X			
147	5.06.00.0000147	reoperacja tarczycy i przytarczyc (w raku tarczycy lub nowotworach przytarczyc)	250					X			X	X																																		X		X			
148	5.06.00.0000148	usunięcie przeszkody z drzewa oskrzelowego poprzez torakotomię	400					X	X																																					X		X			
149	5.06.00.0000149	wycięcie przytarczyc całkowite	250					X			X	X																																		X					
150	5.06.00.0000150	wycięcie nerki proste, częściowe wycięcie nerki, rozdzielenie nerki podkowiastej	280					X			X	X																												X	X						X		X		warunki referencyjne dla chirurgii - ośrodki leczące nadciśnienie tętnicze i/lub przeszczepiające nerkę	
151	5.06.00.0000151	biopsja węzła "wartownika" pod kontrolą USG i badaniem izotopowym z użyciem specjalnego znacznika	140					X				X																						X										X		X					
152	5.06.00.0000152	niedokrwienie kończyn ostre - leczenie operacyjne	250					X		X	X																																			X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
153	5.06.00.0000153	wytrzewienie - leczenie metodą Shustera (SILO)	440					X																																						X					
154	5.06.00.0000154	artroskopia lecznicza stawu/ innych struktur - synowektomia - wycięcie/ szew łąkotki, ufiksowanie oddzielonego fragmentu chrzęstno-kostnego, shaving, rekonstrukcja ubytku chrząstki	240					X																									X			X									X	X			X	dokumentacja fotograficzna bądź nagranie video	
155	5.06.00.0000155	przepuklina przeponowa - leczenie laparoskopowe	200					X	X		X																																	X	X					obejmuje koszt wyrobu medycznego	
156	5.06.00.0000156	drenaż wewnętrzny torbieli wątroby (fenestracja) - laparoskopowo	240					X			X	X																																		X		X			
157	5.06.00.0000157	wycięcie piersi metodą Patey`a w postaci raka subklinicznego i zweryfikowanego z badaniem receptorów nowotworowych	352								X	X																															X		X		X		konieczne przedstawienie rachunku/ faktury za protezę	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
158	5.06.00.0000158	zamknięcie ran odleżynowych różnych okolic ciała - leczenie kompleksowe	280					X	X		X	X	X																					X				X			X		X				X				w geriatrii przy współudziale chirurga w oddziale	
159	5.06.00.0000159	przeszczep skóry powyżej 40 cm^2 (dzieci do lat 8)	280					X					X																																	X		X			
160	5.06.00.0000160	wycięcie nowotworu nosa	286									X	X	X																				X												X		X			
161	5.06.00.0000161	wycięcie nowotworu z powłok/ tkanek miękkich z rekonstrukcją wszczepami syntetycznymi lub użyciem płatów uszypułowanych	418					X				X	X	X																				X										X		X		X			

162	5.06.00.0000162	złamanie kości żuchwy wieloodłamowe - otwarte nastawienie (z kosztami implantów)	600											X																																	X					
163	5.06.00.0000163	wycięcie jelita cienkiego całkowite/ częściowe	308					X			X	X																															X		X					
164	5.06.00.0000164	świadczenie skreślone - stymulacja nerwów krzyżowych - I etap definitywnego leczenia																																																		
165	5.06.00.0000165	zespolenie przewodowo-jelitowe	300					X			X	X																															X		X					
166	5.06.00.0000166	plastyka korekcyjna ręki lub stopy w przebiegu wad wrodzonych i zniekształceń pourazowych	300					X					X																					X													X					
168	5.06.00.0000168	uraz czaszkowo-mózgowy otwarty, drążący - chirurgiczne zaopatrzenie i/lub plastyka kości czaszki	300					X			X		X															X																				X					
169	5.06.00.0000169	wycięcie guza piersi - BCT (operacja oszczędzająca), śródoperacyjne badanie hist-pat, usunięcie węzłów chłonnych pachy bez zakładania prowadnic do HDR	330									X																															X		X		X			
170	5.06.00.0000170	wycięcie płuca - segmentowa resekcja płuc, klinowa resekcja płuc	880					X	X			X																																	X		X			
171	5.06.00.0000171	wycięcie trzustki częściowe	385					X			X	X																																	X		X			
172	5.06.00.0000172	wycięcie włókniaka młodzieńczego	550					X			X	X	X																						X												X					
173	5.06.00.0000173	wycięcie nadnercza	300					X			X	X																													X						X					
174	5.06.00.0000174	wycięcie śledziony - laparoskopowo	230					X			X																																				X					
175	5.06.00.0000175	wycięcie żołądka - częściowe	360								X	X																																			X					
176	5.06.00.0000176	patologia ciąży/ położnictwo - guzy niezłośliwe lub złośliwe w ciąży i połogu - leczenie operacyjne z hamowaniem czynności skurczowej macicy	320																																			X									X		3			
177	5.06.00.0000177	wycięcie macicy okołoporodowe	450																																			X									X		1	X	- konieczne zgłoszenie do konsultanta wojewódzkiego; - konieczne potwierdzenie fakturą zastosowanie czynnika VIIa	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
178	5.06.00.0000178	wycięcie opłucnej (pleurektomia)	450					X	X		X	X																																	X		X			
179	5.06.00.0000179	wycięcie płuc - operacja zmniejszająca objętość płuc	800						X																																				X		X		odrębnie dla każdego płuca	
180	5.06.00.0000180	operacja klejenia narządów miąższowych	350					X			X																																				X					
181	5.06.00.0000181	choroby zapalne pierwotne (swoiste, nieswoiste) poza kręgosłupem i dużymi stawami wymagające hospitalizacji chorych u których istnieje brak wskazań do leczenia operacyjnego w okresie zaostrzeń	70								X																					X									X				X					
182	5.06.00.0000182	zamknięcie perforacji przełyku	880					X	X		X																						X												X		X		warunki referencyjne w otorynolaryngologii (dotyczy części szyjnej przełyku)	
183	5.06.00.0000183	zakrzepica żylna - leczenie chirurgiczne (trombektomia)	350					X		X	X																																				X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
184	5.06.00.0000184	sympatektomia piersiowa	350					X	X	X	X																																				X					
185	5.06.00.0000185	drenaż komory mózgu - wszczepienie i/ lub wymiana zastawki	250					X																				X																			X		X			
186	5.06.00.0000186	wycięcie jelita grubego - częściowe (np. hemikolektomia, sigmoidektomia)	420					X			X	X																															X		X				obejmuje również wykonanie metodą laparoskopową	
187	5.06.00.0000187	wycięcie żołądka poszerzone o splenektomię	450					X			X	X																																	X					
188	5.06.00.0000188	złamanie i/ lub zwichnięcie wielomiejscowe - nieoperacyjne leczenie wymagające nastawienia, unieruchomienia i hospitalizacji z/bez leczenia wyciągiem bezpośrednim (pośrednim u dzieci)	400					X			X																																				X					
189	5.06.00.0000189	wady macicy - plastyka korekcyjna macicy - operacja odtwórcza	400																																			X							X		X		X			
190	5.06.00.0000190	rekonstrukcja dróg żółciowych wykonana metodą klasyczną	440					X			X	X																																	X					
191	5.06.00.0000191	wycięcie nowotworu ucha zewnętrznego i środkowego	260										X																						X												X		X			
192	5.06.00.0000192	wycięcie nowotworu ucha zewnętrznego i środkowego z usunięciem węzłów szyi	440									X	X																						X												X		X			
193	5.06.00.0000193	wycięcie płuc/ płuca - pneumonektomia, lobektomia, bilobektomia	990					X	X			X																																	X		X			
194	5.06.00.0000194	częściowe wycięcie wątroby (segmentektomia, lobektomia)	400					X			X	X																																	X		X			

195	5.06.00.0000195	wycięcie węzłów chłonnych zaotrzewnowych	440					X	X		X	X																										X			X				X		X					
196	5.06.00.0000196	nietrzymania stolca - leczenie operacyjne (gracilloplastyka)	300					X			X	X																																			X					
197	5.06.00.0000197	złamanie i/lub zwichnięcie w obrębie: kręgosłupa (bez zaburzeń neurologicznych), obręczy biodrowej, kończyny dolnej, kości ramiennej - leczenie wymagające szpitalnego leczenia wyciągiem bezpośrednim (pośrednim u dzieci)	400					X			X																							X													X					
198	5.06.00.0000198	wycięcie przełyku całkowite	1000					X	X		X	X																																			X		X		zgoda konsultanta krajowego	
199	5.06.00.0000199	wycięcie piersi - obustronne metodą Patey`a w raku zweryfikowanym	550								X	X																																	X		X		X			
200	5.06.00.0000200	wycięcie żołądka - całkowite	660					X			X	X																																			X				obejmuje koszt wyrobu medycznego (staplera)	
201	5.06.00.0000201	złamanie i/lub zwichnięcie w obrębie kończyny dolnej (bez stopy) - operacyjne leczenie z użyciem gwoździa ryglowanego, zespolenia dynamicznego stabilizatora zewnętrznego	450					X																										X													X		X			
202	5.06.00.0000202	wszczepienie filtra do żyły głównej dolnej/ żył biodrowych	500			X		X		X	X					X																															X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (filtra)	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
203	5.06.00.0000203	leczenie trombolityczne tPA/ tenekteplaza	450			X		X	X	X					X	X								X		X	X		X																		X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
204	5.06.00.0000204	niedokrwienie kończyn przewlekłe - leczenie operacyjne - zabiegi na poziomie udowo-podkolanowym	450							X																																					X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
205	5.06.00.0000205	krwiak śródmózgowy tylnego dołu czaszki - ewakuacja	450																									X																			X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
206	5.06.00.0000206	przetoka przełykowo-tchawicza - plastyka korekcyjna	600					X	X			X																							X												X		X			
208	5.06.00.0000208	wycięcie wyrostka robaczkowego w przypadkach powikłanych rozlanym zapaleniem otrzewnej z ropniami wewnątrzbrzusznymi	450					X			X																											X									X					
209	5.06.00.0000209	pomostowanie lub udrażnianie aortalno-nerkowe lub trzewne	450					X		X																																					X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
210	5.06.00.0000210	operacja guza przestrzeni zaotrzewnowej	450					X			X	X																																			X		X			
211	5.06.00.0000211	laparoskopowe: usunięcie kamienia z miedniczki nerkowej, usunięcie nerki proste, częściowe usunięcie nerki, operacja w odpływie pęcherzowo - moczowodowym, operacja moczowodu w chorobie ormonda, usunięcie uchyłka pęcherza moczowego, torbieli moczownika, zaopatrzenie urazowego pęknięcia pęcherza, usunięcie węzłów chłonnych zasłonowych	420					X																																X	X						X		X			
212	5.06.00.0000212	zespolenie przełykowo-przełykowe	600					X	X		X	X																																			X		X			
213	5.06.00.0000213	operacja rekonstrukcyjna wady ucha środkowego i zewnętrznego	500																																X												X		X			
214	5.06.00.0000214	nowotwór oczodołu - leczenie operacyjne	500									X																			X				X												X		X			
215	5.06.00.0000215	prostatektomia radykalna	500																																					X							X		X			
216	5.06.00.0000216	zapalenie kości/ stawu pierwotne w obrębie obręczy biodrowej, uda, kolana - leczenie operacyjne	500					X																										X													X		X			
217	5.06.00.0000217	wycięcie trzustki - całkowite lub wg Whiple'a/ Traverso/ poszerzone	900					X			X	X																																			X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
218	5.06.00.0000218	wycięcie brzuszno - kroczowe, krzyżowe i wycięcie przednie odbytnicy	700					X			X	X																																			X				obejmuje koszt wyrobu medycznego (staplera)	
219	5.06.00.0000219	kriodestrukcja, termoablacja lub dewaskularyzacja guza nowotworowego wątroby w przypadku śródoperacyjnej dyskwalifikacji od zabiegu resekcyjnego	500					X			X	X																																			X	X	X	X		
220	5.06.00.0000220	rekonstrukcja ręki przy użyciu kompleksów tkankowych przenoszonych za pośrednictwem połączeń mikrochirurgicznych	620					X					X																					X													X		X			

221	5.06.00.0000221	odbarczenie operacyjne nerwu trójdzielnego/ nerwu twarzowego/ nerwu przedsionkowo-ślimakowego nerwu w odcinku śródczaszkowym (MVD)	550																									X							X											X		X		warunki referencyjne dla otorynolaryngologii	
222	5.06.00.0000222	świadczenie skreślone - rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i nerwów pierwotna w obrębie ręki lub stopy																																																		
223	5.06.00.0000223	rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń i/ lub nerwów pierwotna w obrębie ręki lub stopy (ze wstawką lub bez)	550					X		X			X															X						X													X		X			
225	5.06.00.0000225	rekonstrukcja ręki - rekonstrukcja wtórna wielotkankowych uszkodzeń ręki po niepowodzeniach w innych ośrodkach (odtworzenie funkcji)	700					X					X																					X													X		X			
226	5.06.00.0000226	wycięcie guza tkanek miękkich - operacja przedziałowa	330					X				X																																			X		X			
227	5.06.00.0000227	wycięcie jelita grubego całkowite	484					X			X	X																																X		X					
228	5.06.00.0000228	odmrożenia lub oparzenia 10-15% u dorosłych TBSA II° lub 4-10% u dzieci TBSA III° bez okolic wstrząsorodnych	550					X					X																																		X		X			
229	5.06.00.0000229	operacje rekonstrukcyjne w chorobie Hirschsprunga	900					X			X																																				X		X			
230	5.06.00.0000230	wycięcie żołądka poszerzone o hemikolektomię	660								X	X																																			X					
231	5.06.00.0000231	przezskórna przezwątrobowa cholangiografia (PTC) diagnostyczno - zabiegowa	225					X			X	X									X												X													X	X		X			
232	5.06.00.0000232	wycięcie odbytnicy i esicy z wytworzeniem zbiornika jelitowego	660					X			X	X																																X		X		X			
233	5.06.00.0000233	wycięcie nowotworu jamy brzusznej powikłane naciekiem pęcherza moczowego i/ lub odbytnicy z egzenteracją przednią i tylną	660					X				X																												X	X			X		X		X			
234	5.06.00.0000234	wycięcie żołądka poszerzone o pankreatektomię	770					X			X	X																																			X					
235	5.06.00.0000235	wycięcie jelita grubego poszerzone o śródoperacyjną kriodestrukcję, termoablację lub wycięcie przerzutów do wątroby	770					X			X	X																																X		X		X			
236	5.06.00.0000236	przezskórna przezwątrobowa cholangiografia (PTC) z zabiegiem zakładania protezy samorozprężalnej przezskórnej do dróg żółciowych, w tym koszt protezy	600					X			X	X									X												X													X	X	X	X	X		
237	5.06.00.0000237	protezowanie przełyku z kosztem protezy	770						X		X	X																																			X		X			
238	5.06.00.0000238	odmrożenia lub oparzenia do 15% u dorosłych TBSA II° lub do 3% u dzieci TBSA III° z uszkodzeniem okolic wstrząsorodnych	750					X			X		X																																		X		X			
239	5.06.00.0000239	operacja wytwórcza przełyku z zastosowaniem wstawki jelitowej i/lub transpozycji żołądka	940					X	X		X	X																																			X		X			
240	5.06.00.0000240	wycięcie przełyku z rekonstrukcją przełyku lub by-pass przełyku	1200					X	X		X	X																																			X		X			
241	5.06.00.0000241	odmrożenia lub oparzenia 15-25% u dorosłych TBSA II° lub 4-10% u dzieci TBSA III° z uszkodzeniem okolic wstrząsorodnych	1300					X					X																																		X		X			
242	5.06.00.0000242	odmrożenia lub oparzenia >25% u dorosłych TBSA II° lub >10% u dzieci TBSA III°	2200					X					X																																		X		X			
243	5.06.00.0000243	przewlekła wentylacja pacjenta w oddziale	12		X										X	X													X														X				X				za osobodzień	
244	5.06.00.0000244	świadczenie skreślone - znieczulenie ogólne lub przewodowe do zabiegów w trybie jednodniowym																																																			
245	5.06.00.0000245	znieczulenie ogólne, regionalne lub połączone do zabiegów małych (do 1 godziny)			X																																										X				wykazywane wyłacznie w celu sprawozdawczym	
246	5.06.00.0000246	znieczulenie ogólne lub regionalne do zabiegów średnich i dużych (powyżej 1 godziny)			X																																										X				wykazywane wyłacznie w celu sprawozdawczym	
247	5.06.00.0000247	znieczulenie ogólne połączone z anestezją regionalną			X																																										X				wykazywane wyłacznie w celu sprawozdawczym	
248	5.06.00.0000248	znieczulenie porodu	30		X																																X									X		1		wyłącznie ze wskazań medycznych	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
249	5.06.00.0000249	znieczulenie ogólne do zabiegów z zakresu neurochirurgii			X																																										X				wykazywane wyłacznie w celu sprawozdawczym	
250	5.06.00.0000250	znieczulenie całkowite dożylne (TIVA)			X																																										X				wykazywane wyłacznie w celu sprawozdawczym	

251	5.06.00.0000251	znieczulenie całkowite dożylne połączone z anestezją regionalną			X																																											X				wykazywane wyłacznie w celu sprawozdawczym	
252	5.06.00.0000252	znieczulenie ogólne, regionale lub połączone do zabiegów rozległych, nagłych w obrębie jamy brzusznej			X																																											X				wykazywane wyłacznie w celu sprawozdawczym	
253	5.06.00.0000253	znieczulenie ogólne lub połączone: ogólne z regionalnym do zabiegów z zakresu kardiochirurgii			X																																											X				wykazywane wyłacznie w celu sprawozdawczym	
254	5.06.00.0000254	zabieg neurodestrukcyjny wykonywany u chorych z bólem przewlekłym - neuroliza chemiczna	60		X				X		X	X																X		X		X						X			X					X	X					
255	5.06.00.0000255	zabieg neurodestrukcyjny wykonywany u chorych z bólem przewlekłym - termolezja, kriolezja	75																									X		X				X												X	X					
256	5.06.00.0000256	znieczulenie krótkotrwałe ogólne i/ lub analgosedacja u dziecka (do ukończonego 14 roku życia) do badań diagnostycznych i/lub zabiegów w trybie jednodniowym	20	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	X	X	X	X	X		X	X	X						można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
257	5.06.00.0000257	leczenie w OAiIT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS 28 i TISS 28 dla dzieci - od 25 do 35 pkt w skali TISS	120		X																																											X		X	X	za osobodzień	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
258	5.06.00.0000258	leczenie w OAiIT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS 28 i TISS 28 dla dzieci - od 36 pkt w skali TISS	240		X																																											X		X	X	- za osobodzień; - konieczne potwierdzenie fakturą zastosowanie czynnika VIIa	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
259	5.06.00.0000259	nacięcie błony bębenkowej z założeniem drenażu	50				X																												X											X	X					
260	5.06.00.0000260	wycięcie, przycięcie migdałków podniebiennych (tonsilektomia, tonsilotomia), zaopatrzenie krwawienia po adenotomii lub tonsilektomii, tonsilektomia + adenotomia	90																																X											X	X					
261	5.06.00.0000261	badanie audiologiczne dzieci (do 4 r.ż.)	60				X																												X											X	X		X			
262	5.06.00.0000262	zaburzenia powonienia - diagnostyka, leczenie	90				X																												X											X	X					
263	5.06.00.0000263	wielospecjalistyczna diagnostyka w kierunku wszczepienia implantu w całkowitej głuchocie	150				X																												X												X		X			
264	5.06.00.0000264	badanie pedoaudiologiczne w podejrzeniu głuchoty u dziecka	80				X																												X											X	X		X			
265	5.06.00.0000265	niedosłuch czynnościowy (psychogenny, symulacje, agrawacje)/ przewodzeniowy i mieszany/ szumy uszne/ zaburzenia słuchu ośrodkowe - leczenie, diagnostyka	160				X																												X												X					
266	5.06.00.0000266	zaburzenia głosu/ mowy (organiczne i czynnościowe, opóźniony rozwój mowy, zaburzenia mowy ośrodkowe i obwodowe, zaburzenia płynności) - diagnostyka, leczenie	160				X																												X												X					
267	5.06.00.0000267	mikrolaryngoskopia z usunięciem mnogich brodawczaków, nalewki, fału głosowego z użyciem lasera CO_2	210																																X												X			X	obejmuje koszt wyrobu medycznego	
268	5.06.00.0000268	głuchota odbiorcza nagła/ niedosłuch odbiorczy postępujący - leczenie zachowawcze, diagnostyka (badania otoneurologiczne, audiologiczne, TK)	200				X																												X												X		X			
269	5.06.00.0000269	świadczenie skreślone - żywienie pozajelitowe dziecka o wadze do 10 kg (za każdy dzień)																																																				
270	5.06.00.0000270	świadczenie skreślone - żywienie pozajelitowe dziecka o wadze 10-30 kg (za każdy dzień)																																																				
271	5.06.00.0000271	nagła duszność krtaniowa/ obrzęk Quinckego - leczenie	70	X											X	X																			X	X											X					
272	5.06.00.0000272	świadczenie skreślone - żywienie pozajelitowe dziecka o wadze 30-60 kg (za każdy dzień)																																																			
273	5.06.00.0000273	cewnikowanie żyły pępkowej, wenesekcja	20					X			X	X				X											X					X	X										X			X	X		1		- cewnikowanie ż. pępkowej niezwłocznie po porodzie; - warunki referencyjne dotyczą neonatologii	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
274	5.06.00.0000274	wytworzenie przezskórnej przetoki nadłonowej (cystostomia)	50					X			X	X																										X			X	X			X	X	X					
275	5.06.00.0000275	uretrocystoskopia, cystoskopia przez przetokę nadłonową także z biopsją pęcherza	50					X																																	X	X			X	X	X					
276	5.06.00.0000276	nacięcie ujścia zewnętrznego cewki, plastyka ujścia zewnętrznego cewki, uretrografia wstępująca	50					X																																	X	X				X	X					
277	5.06.00.0000277	przezskórna nefrostomia	60					X				X																													X	X				X	X					
278	5.06.00.0000278	mediastinoskopia	250					X	X			X			X																																X		X			można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi

279	5.06.00.0000279	cewnikowanie moczowodu z diagnostyką, wprowadzenie cewnika D-J na stałe, pętla Zeissa, koszyk Dormii	90					X																																X	X				X	X		X		warunki referencyjne dla urologii dziecięcej	
280	5.06.00.0000280	wycięcie ślinianki podżuchwowej	300					X						X																				X										X	X					
281	5.06.00.0000281	przeszczep skóry lub naskórka < 5%TBSA	100					X			X		X					X																										X	X					
282	5.06.00.0000282	wytworzenie lub zamknięcie przetoki pęcherzowo-skórnej, usunięcie kamienia lub ciała obcego z pęcherza przez jego nacięcie	100					X																																X	X				X	X					
283	5.06.00.0000283	odmrożenia lub oparzenia do 10% TBSA II° lub do 3% u dzieci, TBSA III° bez uszkodzenia okolic wstrząsorodnych	300					X			X		X																																		X					
284	5.06.00.0000284	przeszczep skóry do 150 cm^2	150					X					X	X																															X					
285	5.06.00.0000285	usunięcie lub zniszczenie zmiany jądra (np. przyczepka jądra)	130					X																																X	X				X	X					
286	5.06.00.0000286	przeszczep skóry u dziecka 6-10% TBSA	130					X					X																																		X					
287	5.06.00.0000287	rozcięcie zwężenia cewki moczowej endoskopowo, usunięcie kamienia lub ciała obcego z cewki endoskopowo, wycięcie lub zniszczenie zmiany cewki endoskopowo	130					X																																X	X				X	X					
288	5.06.00.0000288	plastyka korekcyjna wargi i/ lub nosa w rozszczepie	150					X					X	X																															X					
289	5.06.00.0000289	przeszczep skóry do 40 cm^2	130					X					X																																		X					
290	5.06.00.0000290	nacięcie ureterocele przezcewkowe, rozszerzenie lub nacięcie ujścia pęcherzowego moczowodu przezcewkowe	110					X																																X	X				X	X					
291	5.06.00.0000291	usunięcie kamienia lub ciała obcego z pęcherza przez cewkę moczową lub przetokę nadłonową	120					X																																X	X				X	X					
292	5.06.00.0000292	umocowanie jądra niezstąpionego w mosznie (dotyczy jądra brzusznego), przecięcie lub obliteracja żyły jądrowej z powodu żylaków powrózka nasiennego	150					X																																X	X				X	X				z wyjątkiem obliteracji żył jądrowych metodą fluoroskopową	
293	5.06.00.0000293	plastyka całkowitego rozszczepu wargi jednostronna	250					X					X	X																				X											X					
294	5.06.00.0000294	artroskopia diagnostyczno-lecznicza stawu - płukanie, czyszczenie, usunięcie uszkodzonych elementów, wolnych ciał	130					X																									X											X	X			X	dokumentacja fotograficzna bądź nagranie video	
295	5.06.00.0000295	świadczenie skreślone - stereotaktyczna ewakuacja krwiaka śródmózgowego																																																		
296	5.06.00.0000296	wycięcie moczownika	180					X																																X	X					X					
297	5.06.00.0000297	przeszczep skóry powyżej 150 cm^2	190					X					X																					X											X		X			
298	5.06.00.0000298	plastyka korekcyjna nosa w rozszczepach	200					X					X	X																				X											X					
299	5.06.00.0000299	wycięcie torbieli krtani, rozcięcie krtani, wycięcie torbieli przetoki bocznej i środkowej szyi	200					X																										X											X					
300	5.06.00.0000300	wycięcie torbieli dna jamy ustnej, procesu rozrostowego i torbieli nasady języka	210					X						X																				X											X					
301	5.06.00.0000301	przezcewkowe wycięcie zastawki/ zwężenia cewki moczowej	200					X																																X	X					X					
302	5.06.00.0000302	operacja spodziectwa żołędziowego, operacja przetoki cewkowej	200					X					X																											X	X				X	X		X			
303	5.06.00.0000303	wycięcie guza pęcherza przezcewkowe (TURP), ablacja laserowa guza pęcherza	200																																					X						X					
304	5.06.00.0000304	wycięcie guza klatki piersiowej z resekcją żeber	660					X	X			X																																		X		X			
305	5.06.00.0000305	zapalenie kości pokrywy czaszki - diagnostyka, leczenie operacyjne (kraniektomia)	250																								X							X											X		X			
306	5.06.00.0000306	nietrzymanie moczu wysiłkowe - operacje pochwowe lub nadłonowe z użyciem taśmy, po uprzednim przeprowadzeniu badania urodynamicznego kompleksowego	250																																			X			X				X	X	X				obejmuje koszt wyrobu medycznego	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
307	5.06.00.0000307	wycięcie regionalnych węzłów chłonnych po wycięciu prącia z powodu raka	275									X																												X						X		X			
308	5.06.00.0000308	wytworzenie lub zamknięcie przetoki moczowodowo-skórnej	270					X				X																												X	X			X		X					
309	5.06.00.0000309	odmrożenia lub oparzenia u dzieci 10 - 25% TBSA II°	270					X					X																																		X					
310	5.06.00.0000310	przeszczep skóry u dziecka 10-20% TBSA	280					X					X																																		X		X			
311	5.06.00.0000311	plastyka rozszczepu wargi obustronna jednoczasowa	280					X					X	X																															X					
312	5.06.00.0000312	przeszczep skóry uszypułowany z użyciem technik mikrochirurgicznych	300					X					X																					X											X		X			

314	5.06.00.0000314	operacja wytworzenia szczelnej przetoki do izopersytaltycznych wlewów do odnerwionego jelita	300					X			X	X																														X					X					
315	5.06.00.0000315	laparoskopowe: usunięcie torbieli nerki, podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej, usunięcie kamienia z moczowodu, wytworzenie przetoki moczowodowo-skórnej, żylaki powrózka nasiennego, wnętrostwo brzuszne, operacja wysiłkowego nietrzymania moczu	240					X																																X	X					X		X			
316	5.06.00.0000316	wycięcie moczowodu częściowe z zespoleniem koniec do końca, przeszczepienie moczowodu do pęcherza, operacje naprawcze moczowodu	300					X				X																													X	X			X		X					
317	5.06.00.0000317	operacja przetoki sromu lub krocza we wrodzonej niedrożności odbytu	350					X																																	X					X		X			
318	5.06.00.0000318	plastyka połączenia miedniczkowo-moczowodowego z lub bez towarzyszącej kamicy	350					X																																X	X					X					
319	5.06.00.0000319	operacja moczowodu olbrzymiego u dzieci (tailoring, folding)	350					X																																X	X					X		X			
320	5.06.00.0000320	zapalenie kości/ stawu pierwotne w obrębie obręczy barkowej, kończyny górnej - leczenie operacyjne	400					X																											X													X		X			
321	5.06.00.0000321	rekonstrukcja nerwów + przeszczep kablowy	400					X					X															X						X	X												X		X			
322	5.06.00.0000322	fałdowanie przepony	240					X	X																																					X		X			
323	5.06.00.0000323	chirurgia noworodka i niemowlęcia - śródbrzuszne manipulacje na jelicie np. uwolnienie jelita ze zrostów (w tym operacja Ladda)	440					X																																					X		X			
324	5.06.00.0000324	chirurgia noworodka i niemowlęcia - wyłonienie jelita	500					X																																					X		X			
325	5.06.00.0000325	chirurgia noworodka i niemowlęcia - wynicowana/ przetrwała kloaka	1300					X																																	X					X		X			
326	5.06.00.0000326	chirurgia noworodka i niemowlęcia - operacje odbytu niedrożnego	660					X																																					X		X			
327	5.06.00.0000327	operacja wycięcia ektopowej torbieli ujścia moczowodu u dzieci wraz z rekonstrukcją trójkąta pęcherza i antyrefluksowym przeszczepieniem moczowodów	500					X																																X	X					X		X			
328	5.06.00.0000328	usunięcie pęcherza moczowego radykalne z wytworzeniem ureterotransileokutaneostomii (operacja Brickera)	800					X																																X	X					X		X			
329	5.06.00.0000329	operacja spodziectwa prąciowego, mosznowego lub kroczowego z wytworzeniem brakującego odcinka cewki	400					X					X																											X	X				X	X		X			
330	5.06.00.0000330	chirurgia noworodka i niemowlęcia - operacja przepukliny przeponowej	440					X																																					X		X			
331	5.06.00.0000331	zapalenie kości/ stawu pierwotne w obrębie podudzia, stawu skokowego, stopy - leczenie operacyjne	430					X																											X													X		X			
332	5.06.00.0000332	chirurgia noworodka i niemowlęcia - splenektomia	440					X																																					X		X			
333	5.06.00.0000333	chirurgia noworodka i niemowlęcia - zespolenia żołądek, dwunastnica jelito cienkie, grube, całkowite lub częściowe usunięcie jelita	790					X																																					X		X			
334	5.06.00.0000334	chirurgia noworodka i niemowlęcia - nefrektomia	400					X																																	X					X		X			
335	5.06.00.0000335	dekortykacja w obrębie klatki piersiowej	700					X	X																																					X					
336	5.06.00.0000336	przetoki oskrzelowe - plastyka korekcyjna	450					X	X																																					X		X			
337	5.06.00.0000337	plastyka rozszczepu podniebienia i wargi - operacja jednoczasowa	450					X					X	X																					X												X					
338	5.06.00.0000338	plastyka korekcyjna przepukliny oponowo-mózgowej/ oponowo-rdzeniowej	600																									X							X												X		X			
339	5.06.00.0000339	przezźreniczna koagulacja laserowa wcześniaków (pełna terapia obu oczu)	500																											X																X					
340	5.06.00.0000340	amputacja kończyny na poziomie biodra (wyłuszczenie), uda	500					X		X	X	X																						X						X								X					
342	5.06.00.0000342	rekonstrukcja mikrochirurgiczna naczyń pierwotna w obrębie ręki lub stopy	500					X		X			X															X						X													X		X			
343	5.06.00.0000343	rekonstrukcje nerwu twarzowego: zespolenie z nerwem podjęzykowym	500										X														X							X												X					
344	5.06.00.0000344	chirurgia noworodka i niemowlęcia - drenaż komory mózgu bez kosztów środka technicznego	550					X																																					X		X			

345	5.06.00.0000345	chirurgia noworodka i niemowlęcia - operacja przepukliny oponowo-mózgowej lub oponowo-rdzeniowej	660					X																																						X		X			
346	5.06.00.0000346	zakażenia układu komorowego - leczenie zachowawcze	600					X																				X																	X			X		
347	5.06.00.0000347	rekonstrukcja funkcji ręki pierwotna, pourazowa (jednoczasowa rekonstrukcja naczyń, nerwów i ścięgien)	500					X		X	X		X															X						X													X					
348	5.06.00.0000348	przeszczep skóry u dziecka 20-30% TBSA	550					X					X																																			X		X			
349	5.06.00.0000349	operacja guzów podstawy czaszki z dostępu podskroniowego	1000																									X							X												X		X		warunki referencyjne dla otorynolaryngologii	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
350	5.06.00.0000350	chirurgia noworodka i niemowlęcia - operacja wrodzonego wytrzewienia lub przepukliny pępowinowej	660					X																																						X		X			
351	5.06.00.0000351	chirurgia noworodka i niemowlęcia - zespolenie przewodu wątrobowego z przewodem pokarmowym	710					X																																						X		X			
352	5.06.00.0000352	laparoskopowe: plastyka zwężenia połączenia miedniczkowo-moczowodowego, rozdzielenie nerki podkowiastej, operacje naprawcze moczowodu radykalne lub częściowe usunięcie nerki z /lub bez moczowodu z powodu guza, usunięcie nadnerczy, węzłów chłonnych zaotrzewnowych, prostatektomia	650					X			X																													X	X						X		X		w zakresie chirurgii ogólnej dopuszcza się jedynie rozliczanie: laparoskopowego usunięcia nadnerczy, węzłów chłonnych zaotrzewnowych	
353	5.06.00.0000353	operacja wytwórcza wynicowanego pęcherza moczowego	1100					X				X																												X	X						X		X			
354	5.06.00.0000354	operacja wytworzenia pęcherza moczowego z antyrefluksowym przeszczepieniem moczowodów	1200					X				X																												X	X						X		X			
355	5.06.00.0000355	operacja wytwórcza szyi pęcherza, cewki i prącia z antyrefluksowym przeszczepieniem moczowódw	1500					X																																X							X		X			
356	5.06.00.0000356	przeszczep skóry u dziecka pow. 30% TBSA	2000					X					X																																			X		X			
357	5.06.00.0000357	odmrożenia lub oparzenia u dzieci > 20% TBSA II° lub > 10% TBSA III°	2600					X					X																																			X		X			
358	5.06.00.0000358	nowotwory klatki piersiowej, rak płuca/ obwodowy guz płuca - diagnostyka (TK, bronchoskopia, biopsja)	160					X	X			X			X																															X		X			można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi (dotyczy wyłącznie chirurgii klatki piersiowej)
359	5.06.00.0000359	wycięcie guza klatki piersiowej z resekcją żeber z mioplastyką lub z wszczepieniem materiału allogennego	770					X	X			X																																		X		X			
360	5.06.00.0000360	wycięcie uchyłka przełyku	550					X	X		X	X																						X												X		X		warunki referencyjne dla otorynolaryngologii obejmuje koszt wyrobu medycznego	
361	5.06.00.0000361	wycięcie piersi rozszerzone w raku zweryfikowanym, z badaniem hist.-pat. pooperacyjnym i badaniem receptorów nowotworowych	330								X	X																															X		X		X			
362	5.06.00.0000362	ropień płuca/ ropniak opłucnej - diagnostyka (TK, USG, bronchoskopia, punkcja), leczenie (drenaż)	300					X	X						X																				X											X					
363	5.06.00.0000363	wycięcie piersi proste przy rozległym nowotworze z przesunięciem płata skórno - mięśniowego, oznaczeniem receptorów nowotworowych z węzłów dołu pachowego	385								X	X																															X		X		X			
364	5.06.00.0000364	videotorakoskopia - resekcja miąższu płuca	600					X	X																																				X		X			
365	5.06.00.0000365	wycięcie opłucnej (pleurektomia) w chorobach nowotworowych	495					X	X			X																																		X		X			
366	5.06.00.0000366	operacje w zwężeniach krtaniowo tchawiczych - rozszczepienie z założeniem stentu (rekonstrukcja krtani i tchawicy)	480						X																								X												X		X			
367	5.06.00.0000367	rekonstrukcja przetrwałej zatoki moczowo - płciowej	800					X																																X							X		X			
368	5.06.00.0000368	wycięcie płuc/ płuca - sleeve pneumonektomia, sleeve lobektomia (resekcja anatomiczna z limfadenektomią śródpiersia)	1200						X																																				X		X			
369	5.06.00.0000369	wycięcie tchawicy (całkowite i lub częściowe)	770						X			X																						X												X		X			
370	5.06.00.0000370	zabieg resekcyjno-rekonstrukcyjny śródpiersiowego odcinka tchawicy	600						X																																				X		X			

371	5.06.00.0000371	zabieg resekcyjno-rekonstrukcyjny dolnego odcinka tchawicy z plastyką rozwidlenia tchawicy	900						X																																						X		X			
372	5.06.00.0000372	arteriografia	80			X		X	X	X	X	X				X										X		X	X	X		X	X	X		X					X	X					X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
373	5.06.00.0000373	sympatektomia farmakologiczna	150		X						X																			X																		X					
374	5.06.00.0000374	rewizja tętnicy podkolanowej bez rekonstrukcji	150							X																																					X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
376	5.06.00.0000376	udrożnienie naczyń szyjnych, pachowych, podobojczykowych, kręgowych	450							X	X																																				X		X		warunki referencyjne dla chirurgii ogólnej - zespół chirurgów naczyniowych	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
380	5.06.00.0000380	przetoka tętniczo-żylna wrodzona lub pourazowa - leczenie zabiegowe	500							X																																					X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
381	5.06.00.0000381	operacja układu wrotnego - drenażowa (shunty)	500					X		X																																					X		X			
382	5.06.00.0000382	pęknięty tętniak aorty - leczenie operacyjne	750							X	X																																				X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
385	5.06.00.0000385	pomostowanie lub rekonstrukcja szyjno-szyjne/ podobojczykowe/ pachowe/ ramienne	550							X																																					X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
386	5.06.00.0000386	pomostowanie lub rekonstrukcja - aorta wstępująca - pień ramiennogłowowy/ t. szyjna	650							X																																					X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
388	5.06.00.0000388	pomostowanie naczyń szyjnych	600					X		X																																					X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
389	5.06.00.0000389	niedokrwienie kończyn przewlekłe - leczenie operacyjne - zabiegi na poziomie aortalno-udowym	600							X																																					X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
392	5.06.00.0000392	operacja naczyniowa żyły głównej dolnej	700							X																																					X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
393	5.06.00.0000393	wycięcie i zaopatrzenie tętniaka aorty brzusznej/ tt. biodrowych	750							X																																					X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
394	5.06.00.0000394	reoperacje po naczyniowych operacjach naprawczych wymagające nowych rekonstrukcji	800							X																																					X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
395	5.06.00.0000395	wycięcie i zaopatrzenie tętniaka aorty piersiowej	1100							X																																					X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
396	5.06.00.0000396	wycięcie tętniaka aorty piersiowo-brzusznej	1400							X																																					X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
397	5.06.00.0000397	schorzenia narządu wzroku i aparatu ochronnego oka - leczenie zachowawcze	150																												X																X					
398	5.06.00.0000398	usunięcie portu od ekspanderoprotezy	10									X	X																														X	X					
399	5.06.00.0000399	usunięcie wszczepu z piersi z pobraniem wycinków do badania hist-pat i z badaniem mikrobiologicznym	100									X	X																													X	X	X					
400	5.06.00.0000400	wycięcie prącia całkowite lub częściowe	210					X				X																										X	X						X					
401	5.06.00.0000401	biopsja mammotomiczna z badaniem hist.- pat.	180								X	X																														X	X	X		X			
402	5.06.00.0000402	rekonstrukcja piersi z kosztem protezy	240									X	X																															X		X			
403	5.06.00.0000403	nowotwór tęczówki lub/ i z ciałem rzęskowym - leczenie operacyjne	250																												X																X		X			
404	5.06.00.0000404	wycięcie sromu - proste	270																																		X							X		X		X			
405	5.06.00.0000405	zabieg wieloproceduralny: usunięcie zaćmy z równoczasowym wypuszczeniem oleju silikonowego i wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej	270																												X																X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki)	
406	5.06.00.0000406	rekonstrukcja piersi płatem skórno - mięśniowym uszypułowanym	300									X	X																															X					
407	5.06.00.0000407	nowotwór naczyniówki - leczenie operacyjne z naszyciem płytki	300																												X																X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (płytki)	
408	5.06.00.0000408	usunięcie pęcherza moczowego z wytworzeniem zastępczego pęcherza moczowego lub szczelnego zbiornika moczowego	1200					X				X																										X	X			X		X		X		warunki referencyjne dla chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej i urologii dziecięcej	

409	5.06.00.0000409	odbarczenie operacyjne obrzęku limfatycznego kończyny górnej po wycięciu piersi z wykorzystaniem płata mięśniowego mięśnia najszerszego grzbietu	495							X		X	X																																			X					
410	5.06.00.0000410	wycięcie guza nowotworowego sromu z usunięciem węzłów chłonnych	660									X																										X							X		X		X			
411	5.06.00.0000411	wycięcie guza piersi - BCT (operacja oszczędzająca), śródoperacyjne badanie hist-pat, usunięcie węzłów chłonnych pachy, śródoperacyjne założenie prowadnic do HDR	495								X	X	X																																X		X		X			
412	5.06.00.0000412	wycięcie guza twarzoczaszki z radykalnym wycięciem węzłów chłonnych szyjnych, dojście przezczaszkowo-twarzowe	660									X		X																					X												X		X			
413	5.06.00.0000413	wytrzewienie miednicy mniejszej	650									X																																	X		X		X			
414	5.06.00.0000414	amputacja - wycięcie połowy miednicy (hemipelvectomia)	990					X				X																						X											X		X		X			
415	5.06.00.0000415	plastyka korekcyjna powieki	45										X																			X																X	X					
416	5.06.00.0000416	plastyka korekcyjna małżowiny usznej - plastyka miejscowa jednostronna	70									X	X																							X												X	X					
417	5.06.00.0000417	arteriografia naczyń mózgowych	80			X				X																		X																					X					można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
418	5.06.00.0000418	rekonstrukcja ręki - rekonstrukcja wtórna prostowników/ zginaczy palców ręki	80					X					X															X						X												X	X		X		za każde ścięgno	
419	5.06.00.0000419	plastyka korekcyjna szpary ustnej	90					X					X	X																					X											X	X					
420	5.06.00.0000420	plastyka korekcyjna małżowiny usznej - plastyka miejscowa obustronna	100									X	X																							X												X	X					
421	5.06.00.0000421	neuroliza nerwu w obrębie kończyn z wycięciem pochewek ścięgnistych i/ lub odtworzeniem troczka	120					X			X		X																					X													X		X			
422	5.06.00.0000422	plastyka korekcyjna jamy ustnej - pogłębienie przedsionka jamy ustnej bez/ z przeszczepem skóry lub śluzówki	290					X					X	X																																	X					
423	5.06.00.0000423	zamknięcie perforacji przegrody nosa, dermoplastyka przegrody nosa (przeszczep skóry lub sluzówki)	130											X																					X											X	X					
424	5.06.00.0000424	plastyka korekcyjna powiek z powodu opadania - skrócenie mięśnia dźwigacza, podwieszenie powiek na paskach powięzi	150										X	X																	X															X	X					
425	5.06.00.0000425	plastyka korekcyjna przetoki gardłowej/ zamknięcie przetoki ślinowej	160					X				X	X	X																					X												X					
426	5.06.00.0000426	rekonstrukcja ręki - wydłużenie palców ręki (za każdy palec)	150					X					X																					X													X		X			
427	5.06.00.0000427	nakłucie i płukanie ciał jamistych prącia z powodu ciągotki, wytworzenie przetoki między żołędzią i ciałami jamistymi prącia, wycięcie blaszki stwardnienia plastycznego prącia, operacja z powodu skrzywienia prącia	150																																							X	X						X					
428	5.06.00.0000428	plastyka korekcyjna nosa i/ lub przegrody nosa bez lub z osteotomią	160										X	X																					X											X	X				z wyjątkiem zabiegów chirurgii estetycznej	
429	5.06.00.0000429	rekonstrukcja dróg łzowych (klasycznie lub endoskopowo)	180										X																		X				X											X	X					
430	5.06.00.0000430	rekonstrukcja powiek z użyciem wolnych przeszczepów tkanek jednostronna	180										X																		X																X					
431	5.06.00.0000431	rekonstrukcja ręki - replantacja palców ręki	250										X																					X													X		X		za każdy palec	
432	5.06.00.0000432	odbarczenie operacyjne nerwu obwodowego	180					X	X		X	X	X	X														X						X	X												X					
433	5.06.00.0000433	rekonstrukcja małżowiny usznej przeszczepem chrząstki autogennej - oddzielenie od czaszki, wymodelowanie małżowiny	220										X																						X												X					
434	5.06.00.0000434	rekonstrukcja kosteczek słuchowych (ossikuloplastyka), operacja perlaka jamy sutkowej i bębenkowej, tympanotomia tylna	500																																		X												X		X	X		
435	5.06.00.0000435	rekonstrukcja strzemiaczka (stapedektomia)	450																																		X												X		X	X		
436	5.06.00.0000436	plastyka korekcyjna nosa - zniekształceń nosa z użyciem wolnego przeszczepu tkankowego	250										X	X																					X												X					
437	5.06.00.0000437	rekonstrukcja małżowiny usznej przeszczepem chrząstki autogennej - wszczepienie wymodelowanej chrząstki żebra	300										X																						X												X					
438	5.06.00.0000438	replantacja skalpu	300										X																																		X		X			

439	5.06.00.0000439	plastyka korekcyjna twarzy po porażeniu nerwu twarzowego z użyciem mięśnia skroniowego ew. mięśnia żwacza	300										X	X																					X												X		X			
440	5.06.00.0000440	rekonstrukcja powiek z użyciem wolnych przeszczepów tkanek obustronna	300										X																		X				X												X					
441	5.06.00.0000441	osteotomia korekcyjna kości twarzoczaszki	600											X																					X												X					
442	5.06.00.0000442	plastyka korekcyjna twarzoczaszki - plastyka kształtu i konturów twarzy przy użyciu kompleksów tkankowych przenoszonych za pomocą połączeń mikrochirurgicznych lub z wszczepieniem implantu	540										X																						X												X		X			
443	5.06.00.0000443	replantacja kończyny z wyjątkiem palców	1000					X					X																					X													X		X			
444	5.06.00.0000444	usunięcie zęba chirurgiczne/ dłutowanie	15											X																															X	X				za każdy ząb	
445	5.06.00.0000445	usunięcie zębów w znieczuleniu ogólnym (dotyczy pacjentów z niedorozwojem umysłowym)	30																																	X									X	X				obejmuje koszt znieczulenia	
446	5.06.00.0000446	usunięcie operacyjne zęba zatrzymanego	30											X																															X	X				za każdy ząb	
447	5.06.00.0000447	odsłonięcie zęba zatrzymanego do leczenia ortodontycznego	45											X																															X	X					
448	5.06.00.0000448	usunięcie złogów z przewodu ślinianki	60											X																					X										X	X					
449	5.06.00.0000449	założenie szyny przy zwichnięciu zębów	65											X																															X	X					
450	5.06.00.0000450	wycięcie torbieli żuchwy/ szczęki połączone z resekcją zęba	150											X																															X	X					
451	5.06.00.0000451	repozycja wyrostka zębodołowego	80											X																															X	X				za każdy wyrostek zębodołowy	
452	5.06.00.0000452	zamknięcie połączenia ustno-zatokowego	140											X																					X										X	X					
453	5.06.00.0000453	plastyka wyrostka zębodołowego	80											X																															X	X				za każdy wyrostek zębodołowy	
454	5.06.00.0000454	wycięcie torbieli żuchwy/ szczęki połączone z mnogą resekcją zębów	250											X																																X					
455	5.06.00.0000455	założenie szyny z pelotą lub płytą nagryzową	110											X																															X	X					
456	5.06.00.0000456	otwarcie zatoki szczękowej - operacja wg Caldwell-Luca i inne	250									X		X																					X												X					
457	5.06.00.0000457	wyłuszczenie torbieli zębopochodnej z wykonaniem obturatora	200											X																																X					
458	5.06.00.0000458	wycięcie płaszczyznowych zmian przedrakowych błony śluzowej jamy ustnej i języka (leukoplakia III i IV stopnia, liszaj Wilsona)	154									X	X	X																					X												X					
459	5.06.00.0000459	złamanie szczęki/ żuchwy - zamknięte nastawienie z wykonaniem pracy protetycznej (szyny laboratoryjnej)	200											X																																X					
460	5.06.00.0000460	wycięcie torbieli żuchwy z unieruchomieniem międzyszczękowym	200											X																																X					
461	5.06.00.0000461	usunięcie operacyjne zęba zatrzymanego z zabiegiem plastyki połączenia z zatoką	200											X																																X					
462	5.06.00.0000462	wyłuszczenie torbieli zębopochodnej szczęki z zabiegiem Caldwell-Luca	300											X																																X					
463	5.06.00.0000463	złamanie kości jarzmowej - otwarte nastawienie (repozycja hakiem)	220											X																					X												X					
464	5.06.00.0000464	zamknięcie przetoki przedsionkowo - nosowej	180										X	X																					X												X					
465	5.06.00.0000465	złamanie oczodołu, złamania zespołu jarzmowo-szczękowego	350											X																	X				X												X					
466	5.06.00.0000466	wycięcie kości - sekwestrektomia kostna w zakresie twarzoczaszki	220									X		X																					X												X					
467	5.06.00.0000467	złamanie żuchwy - otwarta repozycja	350											X																																X					
468	5.06.00.0000468	złamanie jarzmowo-szczękowo-oczodołowe - leczenie z przeszczepem kości	550											X																																X					
469	5.06.00.0000469	zwichnięcie stawu skroniowo-żuchwowego - otwarta repozycja	250											X																																X					
470	5.06.00.0000470	złamanie szczęki - otwarta repozycja z osteosyntezą	400											X																																X					
471	5.06.00.0000471	plastyka korekcyjna żuchwy (w tym progenia lub retrogeniia)	450										X	X																																X		X			
472	5.06.00.0000472	plastyka korekcyjna twarzy po porażeniu nerwu twarzowego z użyciem pasków powięzi szerokiej uda	300										X	X																					X												X		X			
473	5.06.00.0000473	plastyka korekcyjna twarzoczaszki z użyciem autogennych przeszczepów kości/ chrząstki, w tym przeszczep kości do wyrostka zębodołowego i na grzbiet nosa	480										X	X																																X				z wyjątkiem zabiegów kosmetycznych nie będących następstwem wady wrodzonej, urazu, choroby lub jej leczenia	

474	5.06.00.0000474	złamanie jarzmowo-szczękowe - leczenie operacyjne	500											X																																	X				obejmuje koszt wyrobu medycznego (implantu)	
475	5.06.00.0000475	złamanie wyrostka kłykciowego żuchwy - repozycja osteosyntezy z użyciem implantu	450											X																																	X					
476	5.06.00.0000476	rekonstrukcja części zębodołowej żuchwy z użyciem przeszczepu autogennego	450											X																																	X					
477	5.06.00.0000477	złamanie oczodołów - otwarta repozycja z przeszczepem z talerza biodrowego i / lub bez implantu	590											X																	X																X		X			
478	5.06.00.0000478	wycięcie nowotworu dna jamy ustnej, języka, podniebienia miękkiego, policzka i gardła środkowego	550								X		X																					X											X		X			
479	5.06.00.0000479	wycięcie nowotworu dna jamy ustnej, jezyka, podniebienia miękkiego, policzka i gardła środkowego z usunięciem węzłów szyi	770								X																							X											X		X			
480	5.06.00.0000480	wycięcie nowotworu dna jamy ustnej, języka, podniebienia miekkiego, policzka i gardła srodkowego z usunięciem węzłów chłonnych, mandibulotomią i lub bez częściowej resekcji żuchwy	880								X		X																					X											X	X	X			
481	5.06.00.0000481	wycięcie nowotworu szczęki - częściowa i całkowita resekcja szczęki	770								X		X																					X											X		X			
482	5.06.00.0000482	wycięcie nowotworu ślinianki z usunięciem węzłów szyi	550								X		X																					X											X		X			
483	5.06.00.0000483	wycięcie żuchwy (hemiresekcja) ew. z usunięciem węzłów szyi	660								X	X	X																					X											X		X			
484	5.06.00.0000484	wycięcie nowotworu ślinianki przyusznej z rekonstrukcją nerwu twarzowego lub z zachowaniem nerwu twarzowego	495								X	X	X																					X											X		X			
485	5.06.00.0000485	rekonstrukcja rozległego ubytku żuchwy przeszczepem autogennym	550									X	X																																		X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (implantu)	
486	5.06.00.0000486	wycięcie nowotworu szczęki - częściowa lub całkowita resekcja szczęki z usunięciem węzłów chłonnych szyi	825								X		X																					X											X		X			
487	5.06.00.0000487	wycięcie żuchwy - częściowe z powodu nowotworu wraz z rekonstrukcją	880								X	X	X																					X											X		X			
488	5.06.00.0000488	wydłużenie kości szczęki lub żuchwy z użyciem dystensera	600									X	X																																		X		X			
489	5.06.00.0000489	osteotomia korekcyjna szczęki Modo le Fort II	550									X	X																																		X					
490	5.06.00.0000490	koronarografia	80																					X																						X	X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
491	5.06.00.0000491	operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - implantacja nasierdziowego układu stymulującego serca	580																				X																								X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
492	5.06.00.0000492	ostre zespoły wieńcowe - założenie kontrapulsacji wewnątrzaortalnej	360																				X	X																							X		X	X		można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi; w przypadku zabiegów kardiochirurgicznych można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
493	5.06.00.0000493	operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - zamknięcie chirurgiczne przewodu tętniczego Botalla	700																				X																								X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
494	5.06.00.0000494	zapalenie wsierdzia - leczenie	600													X	X						X	X																							X			X		w przypadku zabiegów kardiochirurgicznych można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
495	5.06.00.0000495	operacja serca - uraz serca, perikardektomia, tamponada serca	500																				X																								X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
496	5.06.00.0000496	operacja serca - śluzak, embolektomia płucna (w KPU)	950																				X																								X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych

497	5.06.00.0000497	operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - zespolenie systemowo - płucne	1400																			X																								X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
498	5.06.00.0000498	operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - operacja koarktacji aorty	1400																			X																								X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
499	5.06.00.0000499	operacja serca - wieńcowa bez KPU	1350																			X																								X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
500	5.06.00.0000500	operacja serca - wieńcowa w KPU	1400																			X																								X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
501	5.06.00.0000501	powikłania zawału - leczenie chirurgiczne (wycięcie tętniaka lewej komory, zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej, plastyka niedokrwiennej zastawki mitralnej, zaopatrzenie pęknięcia lewej komory serca)	1400																			X																								X		X		nie obejmuje procedur finansowanych przez Ministra Zdrowia	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
502	5.06.00.0000502	wspomaganie krążenia przy operacjach serca i aorty przy użyciu balonu	450																			X																								X		X			można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
503	5.06.00.0000503	zespół bólowy kręgosłupa (pierwotny, wtórny) - diagnostyka specjalistyczna (NMR/ TK, myelotomografia, radikulografia, scyntygrafia; min. 1 badanie)	130																								X	X	X				X													X					
504	5.06.00.0000504	odbarczenie operacyjne nerwu trójdzielnego w odcinku pozaczaszkowym	150																								X																			X					
505	5.06.00.0000505	uszkodzenie rdzenia kręgowego poprzeczne - diagnostyka obrazowa (min 2 badania z: NMR/ TK, myelotomografia, radikulografia, scyntygrafia, potencjały somamtosensoryczne) ew. łącznie z leczeniem zachowawczym	180					X			X																X	X	X																	X					
506	5.06.00.0000506	uszkodzenie rdzenia kręgowego poprzeczne - diagnostyka obrazowa (NMR/ TK, myelotomografia, radikulografia, scyntygrafia - przynajmniej 2 badania z wymienionych) ew. łącznie z leczeniem zachowawczym 24 godzinne leczenie neuroprotekcyjne we wlewie	270								X																X																			X					
508	5.06.00.0000508	wodogłowie - diagnostyka (inwazyjny test infuzyjny)	200																								X																			X		X			
509	5.06.00.0000509	uzupełnienie ubytku kości czaszki	290										X														X																			X				obejmuje koszt wyrobu medycznego (płytki)	
510	5.06.00.0000510	krwotok podpajęczynówkowy - leczenie zachowawcze z diagnostyką podstawową	220																								X	X	X												X				X					
511	5.06.00.0000511	wodogłowie - leczenie endoskopowe	300																								X																			X		X			
512	5.06.00.0000512	odbarczenie operacyjne zwoju nerwu trójdzielnego w odcinku śródczaszkowym (thermorizotomia, gliceroliza)	350																								X																			X		X			
513	5.06.00.0000513	krwiak śródmózgowy - ewakuacja	450																								X																			X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
514	5.06.00.0000514	krwotok podpajęczynówkowy - leczenie zachowawcze z diagnostyką (TK, NMR, USG Doppler przezczaszkowe - min 2 badania) przed i po operacji	400																								X	X	X																	X					
515	5.06.00.0000515	krwotok podpajęczynówkowy - leczenie zachowawcze wraz z drenażem komory	500																								X																			X					
516	5.06.00.0000516	usunięcie ropniaka, ropnia wewnątrzczaszkowego	400																								X																			X		X			
517	5.06.00.0000517	plastyka korekcyjna naczyń śródczaszkowych - leczenie operacyjne	450																								X																			X		X			
518	5.06.00.0000518	złamanie kości pokrywy i/ lub podstawy czaszki bez lub z płynotokiem - leczenie operacyjne	520																								X						X													X				obejmuje koszt środka technicznego/ biomedycznego	
519	5.06.00.0000519	usunięcie guza nerwu VIII (wewnątrzczaszkowo)	750																								X						X													X		X		warunki referencyjne dla otorynolaryngologii	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
520	5.06.00.0000520	plastyka przedniego dołu czaszki - pourazowa (z płynotokiem nosowym)	450																								X						X													X		X			
521	5.06.00.0000521	stereotaktyczna biopsja mózgu	510																								X																			X	X	X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
522	5.06.00.0000522	mikrochirurgiczna drezotomia	550																								X																			X		X			

523	5.06.00.0000523	wycięcie guza przysadki mózgowej	550																									X							X												X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
524	5.06.00.0000524	operacja tętniaka przedniego odcinka koła tętniczego mózgu	600																									X																			X		X			
525	5.06.00.0000525	wycięcie guza mózgu	630																									X																			X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
526	5.06.00.0000526	operacja stereotaktyczna w parkinsonizmie, dystonii ogniskowej, drżeniu samoistnym, bólach pochodzenia centralnego	580																									X																			X	X	X			
527	5.06.00.0000527	wycięcie tętniaka tylnego odcinka koła tętniczego mózgu	650																									X																			X		X			
528	5.06.00.0000528	wycięcie naczyniaka mózgu	600																									X																			X		X			
529	5.06.00.0000529	złamanie środkowego lub przedniego dołu czaszki z płynotokiem usznym - plastyka środkowego dołu czaszki	600																									X							X												X		X			
530	5.06.00.0000530	odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym - operacyjne z dostępu przedniego	750																									X						X													X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (implantu)	
531	5.06.00.0000531	powikłania wewnątrzczaszkowe zapalenia zatok, uszu i procesów ropnych twarzoczaszki – leczenie chirurgiczne	750											X														X							X												X		X			
532	5.06.00.0000532	odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowym i/lub lędźwiowym - operacyjne z dostępu przedniego	1400																									X						X													X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (implantu)	
533	5.06.00.0000533	odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym - operacyjne z dostępu przez gardło	750																									X						X													X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (implantu)	
534	5.06.00.0000534	odbarczenie struktur nerwowych rdzenia - powtórna eksploracja na uprzednio operowanym poziomie	900																									X																			X		X			
535	5.06.00.0000535	krwotok podpajęczynówkowy - leczenie zachowawcze wraz z embolizacją	900																									X																			X		X			
536	5.06.00.0000536	wycięcie guza śródrdzeniowego	1000																									X																			X		X			
537	5.06.00.0000537	operacja zatoki jamistej z usunięciem wyrostka pochyłego przedniego lub wykonanie petrosektomii przedniej (dojście Kawase) / lub guzów otworu żyły szyjnej wewnętrznej	1000																									X							X												X		X		warunki referencyjne dla otorynolaryngologii	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
538	5.06.00.0000538	rekonstrukcja splotu ramiennego	1200					X																				X																			X		X			
539	5.06.00.0000539	plastyka korekcyjna naczyń - leczenie operacyjne wady naczyniowej rdzenia kręgowego	1300																									X																			X		X			
540	5.06.00.0000540	operacje jamy Meckela, stoku, szczeliny oczodołowej górnej, oczodołu, zatoki klinowej	1300																									X							X												X		X			
541	5.06.00.0000541	jaskra - diagnostyka (krzywa dobowa)	15																												X															X	X					
542	5.06.00.0000542	gradówka - leczenie operacyjne (w tym badanie hist-pat)	20																												X															X	X					
543	5.06.00.0000543	przecięcie torby tylnej soczewki (kapsulotomia) laserowa	20																												X															X						
544	5.06.00.0000544	badanie okulistyczne dziecka pełne w znieczuleniu ogólnym (przedni odcinek w ręcznej lampie szczelinowej, dno oka, pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego, ew. gonioskopia, USG)	30																												X															X	X					
545	5.06.00.0000545	płukanie i zgłębnikowanie dróg łzowych wymagające hospitalizacji	30																												X															X	X					
546	5.06.00.0000546	skrzydlik - leczenie operacyjne	30																												X															X	X					
547	5.06.00.0000547	laseroterapia przeciwjaskrowa (goniopłastyka, trabekuloplastyka, iridektomia, goniopunktura), laseroterapia ogniskowa siatkówki	20																												X															X	X					
548	5.06.00.0000548	krioterapia przedniego/ tylnego odcinka gałki ocznej	40																												X															X	X					
549	5.06.00.0000549	zmiany rogówkowe - leczenie chirurgiczne z naszyciem owodni	50																												X															X	X				z kosztem owodni	
550	5.06.00.0000550	usunięcie wszczepionej soczewki	50																												X															X	X					
551	5.06.00.0000551	termoterapia przezźrenicza guza wewnątrzgałkowego	80																												X															X	X		X			
552	5.06.00.0000552	termoterapia przezźrenicza zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem	80																												X															X	X		X			
553	5.06.00.0000553	zabieg panfotokoagulacji	30																												X															X					za każdy zabieg; całość leczenia musi zawrzeć się nie więcej niż w 4 zabiegach	
554	5.06.00.0000554	usunięcie oleju silikonowego z wnętrza gałki ocznej	120																												X															X	X		X			
555	5.06.00.0000555	zez - leczenie operacyjne na jednym oku	140																												X															X	X					

556	5.06.00.0000556	usunięcie wewnątrzgałkowego ciała obcego magnetycznego	140																											X																X				
557	5.06.00.0000557	przecięcie, wycięcie błony wtórnej po operacji zaćmy (bez użycia lasera)	150																											X															X	X				
558	5.06.00.0000558	punkcja diagnostyczno - terapeutyczna gałki ocznej	150																											X																X		X			
559	5.06.00.0000559	usunięcie gałki ocznej (z pierwszym protezowaniem)	150																											X																X				
560	5.06.00.0000560	nowotwór powieki, spojówki, mięska łzowego, fałdu półksiężycowatego - leczenie operacyjne	150																											X															X	X				
561	5.06.00.0000561	wszczep soczewki - wtórny	160																											X															X	X				wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki)	
562	5.06.00.0000562	zez - leczenie operacyjne na obu oczach	160																											X															X	X				
563	5.06.00.0000563	uraz rogówki, twardówki - chirurgiczne zaopatrzenie ran	160																											X																X				
564	5.06.00.0000564	zaćma - operacja zaćmy niepowikłanej bez wszczepu soczewki	180																											X															X	X				
565	5.06.00.0000565	plastyka zrostu spojówkowo-gałkowego z użyciem kształtki akrylowej i wykonaniem tarsorafii	180																											X																X				
566	5.06.00.0000566	rekonstrukcja worka spojówkowego przeszczepem skóry, śluzówki przy użyciu plastyki płatowej	180										X																		X																X				
567	5.06.00.0000567	reoperacja mięśni okoruchowych jednostronna	180																											X																X				
568	5.06.00.0000568	oczopląs - leczenie operacyjne, procedura potrójna	185																											X																X				
569	5.06.00.0000569	jaskra - operacja przeciwjaskrowa przetokowa, sklerektomia głęboka, wiskokanalostomia pod płatkiem	210																											X																X				
570	5.06.00.0000570	zaćma - operacja zaćmy niepowikłanej z wszczepem soczewki	195																											X															X	X				wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki)	
571	5.06.00.0000571	uraz gałki ocznej - chirurgiczne zaopatrzenie pęknięcia	200																											X																X				
572	5.06.00.0000572	zabieg wieloproceduralny: usunięcie zaćmy z równoczasowym wypuszczeniem oleju silikonowego	220																											X																X		X			
573	5.06.00.0000573	zaćma - operacja zaćmy powikłanej bez wszczepu soczewki	230																											X															X	X				
574	5.06.00.0000574	zaćma - operacja zaćmy niepowikłanej z wszczepem soczewki metodą fakoemulsyfikacji	260																											X															X	X				wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki zwijalnej)	
575	5.06.00.0000575	zaćma - operacja zaćmy powikłanej z użyciem pierścienia napinającego torebkę	280																											X															X	X				obejmuje koszty wyrobów medycznych (pierścienia i soczewki)	
576	5.06.00.0000576	zaćma - operacja zaćmy powikłanej z wszczepem soczewki	265																											X															X	X				wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki)	
577	5.06.00.0000577	zabieg wieloproceduralny: usunięcie zaćmy z wszczepem soczewki z operacją przeciwjaskrową	300																											X															X	X				wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki)	
578	5.06.00.0000578	zaćma - operacja zaćmy powikłanej z wszczepem soczewki metodą fakoemulsyfikacji	300																											X															X	X				wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki zwijalnej)	
579	5.06.00.0000579	jaskra - operacja przeciwjaskrowa z użyciem implantu (kolagen, sk-żel)	300																											X																X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (implantu)	
580	5.06.00.0000580	zabieg wieloproceduralny: usunięcie zaćmy metodą fakoemulsyfikacji z równoczasowym wypuszczeniem oleju silikonowegho i wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej	300																											X																X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki zwijalnej)	
581	5.06.00.0000581	zabieg wieloproceduralny: usunięcie zaćmy z wszczepem soczewki metodą fakoemulsyfikacji z operacją przeciwjaskrową	340																											X															X	X				wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki zwijalnej)	
582	5.06.00.0000582	witrektomia z dostępu tylnego	410																											X																X		X			
583	5.06.00.0000583	zaćma - operacja zaćmy powikłanej w oku z brakiem tęczówki (z kosztem soczewki i barwnej protezy tęczówki)	370																											X																X		X		wraz z kosztem wyrobów medycznych (soczewki i barwnej protezy tęczówki)	
584	5.06.00.0000584	zabieg wieloproceduralny: usunięcie zaćmy z witrektomią tylną bez oleju silikonowego	420																											X																X		X			
585	5.06.00.0000585	jaskra - operacja przeciwjaskrowa z użyciem zastawki	430																											X																X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (zastawki)	

586	5.06.00.0000586	zabieg wieloproceduralny: usunięcie zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej z witrektomią tylną bez oleju silikonowego	430																												X																X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki)	
587	5.06.00.0000587	opasanie gałki ocznej z jednoczasową witrektomią tylną bez oleju silikonowego	450																												X																X		X			
588	5.06.00.0000588	odwarstwienie siatkówki - operacja siatkówki odwarstwionej z założeniem plomby i/ lub opasaniem	420																												X																X					
589	5.06.00.0000589	zabieg wieloproceduralny: usunięcie zaćmy metodą fakoemulsyfikacji z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej z witrektomią tylną bez oleju silikonowego	460																												X																X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki zwijalnej)	
590	5.06.00.0000590	witrektomia z dostępu tylnego z użyciem silikonu lub/ i dekaliny	550																												X																X		X			
591	5.06.00.0000591	zabieg wieloproceduralny: usunięcie zaćmy z witrektomią tylną z użyciem oleju silikonowego i/ lub dekaliny	560																												X																X		X			
592	5.06.00.0000592	zabieg wieloproceduralny: usunięcie zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej z witrektomią tylną z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny	570																												X																X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki)	
593	5.06.00.0000593	opasanie gałki ocznej z jednoczasową witrektomią tylną z użyciem oleju silikonowego i/ lub dekaliny	590																												X																X		X			
594	5.06.00.0000594	zabieg wieloproceduralny: usunięcie zaćmy metodą fakoemulsyfikacji z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej z witrektomią tylną z użyciem oleju silikonowego lub dekaliny	600																												X																X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki zwijalnej)	
595	5.06.00.0000595	przeszczep rogówki z jednoczasową witrektomią tylną bez oleju silikonowego	680																												X																X		X			
596	5.06.00.0000596	przeszczep rogówki z jednoczasową witrektomią tylną bez oleju silikonowego i usunięciem zaćmy	700																												X																X		X			
597	5.06.00.0000597	przeszczep rogówki z jednoczasową witrektomią tylną bez oleju silikonowego i usunięciem zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki	720																												X																X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki)	
598	5.06.00.0000598	przeszczep rogówki z jednoczasową witrektomią tylną z użyciem oleju silikonowego i/ lub dekaliny	730																												X																X		X			
600	5.06.00.0000600	zabieg wieloproceduralny: przeszczep rogówki z jednoczasową witrektomią tylną z użyciem oleju silikonowego lub/i dekaliny i usunięciem zaćmy z lub bez wszczepu sztucznej soczewki	850																												X																X		X		wraz z kosztem wyrobu medycznego (soczewki)	
601	5.06.00.0000601	usunięcie podskórnie położonego materiału zespalającego	120					X																											X												X	X					
602	5.06.00.0000602	operacyjna: tenotomia, wydłużnie ścięgna, nacięcie torebki stawowej, uwolnienie przykurczu, redresja stawu, zabiegi na mięśniach-rozcięgnach	150					X					X																						X													X					
603	5.06.00.0000603	rewizja operacyjna kikuta po amputacji	180					X			X	X																							X													X					
604	5.06.00.0000604	przeszczep skóry, korekcja blizn i zniekształceń bliznowatych w różnych okolicach ciała	200					X	X		X	X	X	X																					X												X	X					
605	5.06.00.0000605	infekcje w tkankach miękkich pierwotne, wtórne - operacyjne leczenie	220					X	X		X	X		X																					X											X		X					
606	5.06.00.0000606	rekonstrukcja nerwów	250					X					X														X						X														X					
607	5.06.00.0000607	amputacja kończyny na poziomie barku (wyłuszczenie), ramienia, podudzia, przedramienia, stępu, ręki	280					X			X	X																							X													X					
608	5.06.00.0000608	operacyjna - pierwotna: korekcja, rekonstrukcja, usztywnienie, wycięcie patologii (z badaniem hist.-pat.) w obrębie kości przedramienia, nadgarstka, ręki	350								X	X																							X													X		X			
609	5.06.00.0000609	świadczenie skreślone - operacyjna - pierwotna: korekcja, rekonstrukcja, usztywnienie, wycięcie patologii (z bad. hist-pat) w obrębie kości klatki piersiowej, obręczy barkowej, ramienia, łokcia																																																			
610	5.06.00.0000610	świadczenie skreślone - operacyjna - pierwotna: korekcja, rekonstrukcja, usztywnienie, wycięcie patologii (z badaniem hist.-pat.) w obrębie kości podudzia, stopy																																																			

611	5.06.00.0000611	złamanie i/ lub zwichnięcie, uszkodzenie mięśnia i lub ścięgna w obrębie kończyny dolnej, izolowane urazowe zwichnięcie w stawie biodrowym - operacyjne leczenie	330					X																										X													X					
612	5.06.00.0000612	plastyka korekcyjna ręki - policyzacja kciuka lub porozszczepowa	400										X																					X													X		X			
613	5.06.00.0000613	operacyjna - pierwotna: korekcja, otwarta rekonstrukcja śródstawowa (powierzchni stawowej) - okołostawowa, usztywnienie, wycięcie patologii (z bad. hist.-pat., TK) w obrębie końców stawowych kolana	400									X																						X													X		X			
614	5.06.00.0000614	złamanie i/ lub zwichnięcie w obrębie obręczy barkowej, kończyny górnej - operacyjne leczenie z użyciem gwoździa ryglowanego, zespolenia dynamicznego stabilizatora zewnętrznego	390					X																										X													X					
615	5.06.00.0000615	operacyjna - pierwotna: korekcja, rekonstrukcja, usztywnienie, wycięcie patologii (z bad. hist.-pat.) w obrębie obręczy biodrowej, uda	470									X																						X													X					
616	5.06.00.0000616	artroskopowe usunięcie dysku, uwolnienie kręgosłupa	300																															X												X	X		X	X	dokumentacja fotograficzna bądź nagranie video	
617	5.06.00.0000617	artroskopowa rekonstrukcja uszkodzonych elementów stawu z użyciem implantów mocujących (kotwic, śrub intereferencyjnych)	420																															X												X	X		X	X	dokumentacja fotograficzna bądź nagranie video	
618	5.06.00.0000618	rewizja operacyjna, poprzedzona diagnostyką w przypadku podejrzenia aseptycznego obluzowania endoprotezy biodra, kolana, barku, łokcia; bez usuwania implantu z badaniem hist.-pat., posiewem	500																															X													X		X			
619	5.06.00.0000619	zapalenia kości wymagające diagnostyki i leczenia chirurgicznego	550					X																																							X		X			
620	5.06.00.0000620	odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym - operacyjne z dostępu tylnego (z kosztem implantu)	850																									X						X													X		X			
621	5.06.00.0000621	rewizja operacyjna z powodu aseptycznego obluzowania endoprotezy biodra, kolana, barku, łokcia z usunięciem całej protezy i/ lub bez usztywnienia stawu	600																															X													X		X			
622	5.06.00.0000622	złamanie "okołoprotezowe" na wysokości lub poniżej trzpienia endoprotezy - operacyjne leczenie	600																															X													X		X			
623	5.06.00.0000623	leczenie operacyjno-rekonstrukcyjne wielotkankowych uszkodzeń ręki po niepowodzeniach w innych ośrodkach (odtworzenie funkcji)	600										X																					X													X		X			
624	5.06.00.0000624	wydłużanie kończyny, transport kostny przy użyciu dystraktora zewnętrznego	650																															X													X		X			
625	5.06.00.0000625	leczenie operacyjne ogniska patologii kostnej w kręgosłupie u chorych bez neurologicznych objawów uciskowych, izolowana spondylodeza z/ bez stabilizacji implantami	750									X																X						X													X		X			
626	5.06.00.0000626	zrost opóźniony/ staw rzekomy kręgosłupa - operacja z/ bez powtórnej stabilizacji implantami	1000					X																				X						X													X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (implantu)	
627	5.06.00.0000627	infekcje przewlekłe, pooperacyjne, wtórne w obrębie tkanki kostnej - leczenie operacyjne	850					X	X					X																				X													X		X			
628	5.06.00.0000628	rewizja operacyjna poprzedzona diagnostyką w przypadku infekcji wokół protezy biodra, kolana, barku, łokcia bez konieczności usunięcia implantu, z leczeniem miejscowym (drenaż, gąbki z antybiotykiem), ogólnym przeciwzapalnym	900																															X													X		X			
629	5.06.00.0000629	rewizja operacyjna poprzedzona diagnostyką w przypadku infekcji wokół protezy biodra, kolana, barku, łokcia z koniecznością usunięcia implantu, z leczeniem miejscowym (drenaż, gąbki z antybiotykiem, spacer), ogólnym przeciwzapalnym	1050																															X													X		X			
630	5.06.00.0000630	rekonstrukcja w układzie szkieletowym wymagająca zastosowania unaczynionych, uszypułowanych przeszczepów kostnych - wielotkankowych	1000										X															X						X													X		X			

631	5.06.00.0000631	rekonstrukcja operacyjna (osteotomia) zastarzałych (powyżej 10 dni) złamań panewki i/ lub kolumn z przemieszczeniem, utrwalonych zwichnięć (potwierdzonych TK-3D) z użyciem stabilizatora zewnętrznego, implantów miednicznych	1100																													X													X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego	
632	5.06.00.0000632	pourazowa rozległa zastarzała deformacja miednicy (potwierdzona TK-3D) z niedowładami kończyn, powikłana pierwotnym lub wtórnym (odleżyny) uszkodzeniem tkanek miękkich wymagającym plastyk skórno-mięśniowych - operacyjne leczenie	1400																													X													X		X			
633	5.06.00.0000633	rekonstrukcja w układzie szkieletowym płatem wielotkankowym (w tym replantacje) z zastosowaniem technik mikrochirurgicznych	1400										X																					X													X		X			
634	5.06.00.0000634	opanowanie krwotoku z nosa tamponada przednia	5					X			X			X																					X												X					
635	5.06.00.0000635	nacięcie migdałka i/ lub struktur okołomigdałkowych	10																														X											X	X					
636	5.06.00.0000636	endoskopia zatok obocznych nosa (sinusoskopia) i jamy nosowej	25											X																					X											X	X					
637	5.06.00.0000637	wycięcie polipów nosa (polipektomia wewnątrznosowa)	70																														X											X	X					
638	5.06.00.0000638	zaburzenia słuchu i równowagi - podawanie leków do jamy bębenkowej	25				X																										X											X	X					
639	5.06.00.0000639	konchoplastyka i konchotomia	50																														X											X	X					
640	5.06.00.0000640	drenaż ropnia przegrody nosa, przedłużony zatoki szczękowej	70								X			X																					X												X					
641	5.06.00.0000641	odwarstwienie błony śluzowej przegrody nosa	50											X																					X											X	X					
642	5.06.00.0000642	zaopatrzenie złamania kości nosa z repozycją wymagające hospitalizacji	30																														X												X					
643	5.06.00.0000643	zapalenie zatok przynosowych ostre - leczenie zachowawcze w warunkach szpitalnych	70	X										X																					X	X											X					
644	5.06.00.0000644	aparatowanie małego dziecka w wieku do 3 lat	30				X							X																					X											X	X				obejmuje znieczulenie ogólne	
645	5.06.00.0000645	operacje rozszerzające szparę głośni od zewnątrz	200						X																								X												X					
646	5.06.00.0000646	zakotwiczenie protez ucha zewnętrznego i środkowego w kości skroniowej, kostniaki, zwężenia, guzy łagodne przewodu słuchowego zewnętrznego - usunięcie zmiany	120										X																						X											X	X		X	X	konieczne potwierdzenie fakturą zastosowania wyrobu medycznego przy pomocy technik osseotancyjnych	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
647	5.06.00.0000647	zapalenia ucha zewnętrznego i środkowego rozległe (m.in. herpes zoster oticus) - leczenie zachowawcze	110	X													X	X											X	X					X	X											X					
648	5.06.00.0000648	plastyka korekcyjna podniebienia miękkiego - uvulopharyngoplastyka	100					X					X	X																															X	X					
649	5.06.00.0000649	operacje na nerwach krtaniowych – wycięcie, neuroliza, transplantacje, przeszczepy nerwowo-mięśniowe	250									X		X																					X												X					
650	5.06.00.0000650	przecięcie zwieracza górnego przełyku po laryngektomii, operacje kości gnykowej i mięśni podbródkowych	140						X																								X												X		X			
651	5.06.00.0000651	septorynoplastyka z korektą części chrzęstnej i lub kostnej z dostępu wewnątrznosowego/ zewnątrznosowego	140										X	X																					X												X					
652	5.06.00.0000652	ezofagoskopia diagnostyczna	15					X						X																					X											X	X					
653	5.06.00.0000653	ezofagoskopia lub bronchoskopia z usunięciem ciała obcego	40						X																								X											X	X					
654	5.06.00.0000654	usunięcie migdałka nosowo-gardłowego (adenotomia)	60											X																					X											X	X					
655	5.06.00.0000655	plastyka podniebienia miękiego i gardła środkowego	180											X																					X												X					
656	5.06.00.0000656	róża - leczenie	140					X			X					X	X	X																		X						X				X					
657	5.06.00.0000657	operacja zatoki czołowej	200											X																					X												X					
658	5.06.00.0000658	leczenie chirurgiczne krwawień z nosa (podwiązanie tętnic sitowych, szczękowych, szyjnej zewnetrznej)	160											X																					X												X					
660	5.06.00.0000660	operacja zatoki szczękowej dwustronna	350											X																					X												X					
661	5.06.00.0000661	plastyka nasady języka	150											X																					X												X					
662	5.06.00.0000662	wytworzenie przetoki nosowo - łzowej (dacryocystorhinostomia)	180											X																					X												X					

663	5.06.00.0000663	otwarcie wielu zatok przynosowych z dostępu zewnętrznego, odtworzenie nozdrzy tylnych, operacje powikłań oczodołowych, rynotomia boczna	250											X																					X												X					
664	5.06.00.0000664	wycięcie mikrochirurgiczne tkanek z użyciem lub bez lasera CO_2 (płetwy krtaniowe, brodawczaki, obrzęk Reinkego, guzki głosowe, polipy krtani, przewlekłe przerostowe zapalenie krtani) - mikrolaryngoskopia	120				X																												X											X	X					
665	5.06.00.0000665	wycięcie wyrostka sutkowatego (antromastoidektomia), otwarcie jamy bębenkowej z/ lub bez usunięcia ciała obcego, leczenie chirurgiczne zawrotów głowy	230																																X												X					
666	5.06.00.0000666	plastyka tracheostomy lub wstawienie protezki głosowej	200					X	X				X	X																					X												X		X		nie częściej niż raz na 6 m-cy; zawiera koszt wyrobu medycznego	
667	5.06.00.0000667	operacja mikroskopowo-endoskopowa nosa i zatok	250																																X												X					
668	5.06.00.0000668	powikłania wewnątrzczaszkowe zapaleń zatok przynosowych i procesów ropnych twarzoczaszki - leczenie zachowawcze	250																												X							X												X					
669	5.06.00.0000669	wycięcie nowotworu wargi i/ lub bez rekonstrukcji płatem z sąsiedztwa	440									X	X	X																					X												X		X			
670	5.06.00.0000670	wycięcie torbieli, przetoki, nowotworu łagodnego grzbietu nosa, operacyjne usunięcie ciał obcych nosa	143					X				X	X	X																					X												X					
671	5.06.00.0000671	operacja ucha - doszczętna i doszczętna zmodyfikowana	300																																X												X					
672	5.06.00.0000672	plastyka rozszczepu podniebienia	250					X					X	X																					X												X					
673	5.06.00.0000673	plastyka korekcyjna nosa - niewykształcenia nozdrzy tylnych	250										X																																				X		X			
674	5.06.00.0000674	wycięcie mikrochirurgiczne tkanek krtani z powodu nowotworu złośliwego z użyciem lasera CO_2	154									X		X																					X												X					
675	5.06.00.0000675	wycięcie krtani częściowe	330									X																							X												X		X			
676	5.06.00.0000676	operacja zatoki klinowej	200																																X												X					
677	5.06.00.0000677	wycięcie nerwu czaszkowego obwodowego	300											X														X							X												X					
678	5.06.00.0000678	operacja rekonstrukcyjna błony bębenkowej	300																																X												X		X			
679	5.06.00.0000679	wycięcie nowotworu dna jamy ustnej, jezyka, podniebienia miękkiego, policzka i gardła środkowego z usunieciem węzłów chłonnych, mandibulotomią i lub bez częściowej resekcji żuchwy i rekonstrukcja uszypułowanymi płatami skórno- mięśniowymi	1320									X																							X												X		X			
680	5.06.00.0000680	operacja zatok sitowych od zewnątrz	230																																X												X					
681	5.06.00.0000681	wszczepienie implantu ucha środkowego	350																																X												X		X	X	bez kosztu implantu; do rozliczenia konieczne potwierdzenie fakturą kosztów implantu	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
682	5.06.00.0000682	wycięcie krtani całkowite lub częściowe z operacją węzłową szyi/ z użyciem lub bez lasera CO_2/ z tracheotomią	572									X																							X												X		X			
683	5.06.00.0000683	wycięcie krtani całkowite	400																																X												X		X			
684	5.06.00.0000684	wycięcie krtani prawie całkowite z rekonstrukcją drogi pokarmowej i oddechowej	400																																X												X		X			
685	5.06.00.0000685	ziarniniakowatość Wegenera, guzkowe zapalenie tętnic - leczenie diagnostyka kompleksowa (TK, biopsja, autoprzeciwciała, immunohistochemia)	400			X												X																	X		X					X				X					
686	5.06.00.0000686	usunięcie perlaka piramidy z plastyką środkowego dołu czaszki	420																												X							X												X		X		warunki referencyjne dla otorynolaryngologii	
687	5.06.00.0000687	wszczepienie implantu pniowego	600																												X							X												X		X	X	bez kosztu implantu; do rozliczenia konieczne potwierdzenie fakturą kosztów implantu	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
688	5.06.00.0000688	otwarcie czaszki w przebiegu powikłań wewnątrzczaszkowych zapalenia ucha środkowego	450																												X							X												X					
689	5.06.00.0000689	wycięcie radykalne i zmodyfikowane układu chłonnego szyi	528									X		X																					X												X		X			

690	5.06.00.0000690	zastawka niskociśnieniowa lub średniociśnieniowa z urządzeniem antysyfonowym lub bez - wraz z kosztem implantacji	430					X																				X																					X	X	X	X	zawiera koszt wyrobu medycznego (zastawki)	
691	5.06.00.0000691	zastawka niskociśnieniowa lub średniociśnieniowa z urządzeniem antysyfonowym lub bez - programowalna -wraz z kosztem implantacji	550					X																				X																					X	X	X	X	zawiera koszt wyrobu medycznego (zastawki)	
692	5.06.00.0000692	wycięcie węzłów chłonnych selektywne	440					X	X		X	X		X																					X											X		X					
693	5.06.00.0000693	nacięcie boczne gardła (faryngotomia boczna)	300																																X													X					
694	5.06.00.0000694	wycięcie nowotworu nosa z operacją węzłów szyjnych	495									X	X	X																					X													X		X			
695	5.06.00.0000695	wycięcie nowotworu dna jamy ustnej, jezyka, podniebienia miekkiego, policzka i gardła środkowego z usunięciem węzłów chłonnych, mandibulotomia i lub bez częściowej resekcji żuchwy i rekonstrukcją wolnym płatem z zespoleniem mikronaczyniowym	1650									X		X																					X													X		X			
696	5.06.00.0000696	wycięcie nowotworu szczęki - częściowa lub całkowita resekcja z enukleacją gałki ocznej z plastyką oczodołu	748									X		X																					X													X		X			
697	5.06.00.0000697	wycięcie guza przestrzeni przygardłowej	660									X		X																					X													X					
698	5.06.00.0000698	wszczepienie implantu ślimakowego	600																																X													X	X	X	X	bez kosztu implantu; do rozliczenia konieczne potwierdzenie fakturą kosztów implantu	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
699	5.06.00.0000699	wycięcie krtani całkowite z resekcją części języka i/ lub płata tarczycy i/ lub z częściową faryngektomią i/ lub z węzłami chłonnymi	660									X																							X													X		X			
700	5.06.00.0000700	wycięcie guza przestrzeni przygardłowej i innych guzów jamy ustnej przez mandibulotomię lub z dojścia podwójnego	825					X				X		X																					X													X		X			
701	5.06.00.0000701	rekonstrukcje płatowe ubytków tkanek twarzy (nos warga oczodół szczęka skóra i małżowiny usznej po rozległych operacjach onkologicznych)	800									X	X	X																					X													X		X			
702	5.06.00.0000702	plastyka uszypułowanymi płatami skórnymi lub skórno-mięśniowymi przetoki gardłowej po laryngektomii całkowitej	800									X	X	X																					X													X		X			
703	5.06.00.0000703	rekonstrukcje płatowe ubytków po rozległych operacjach onkologicznych jamy ustnej i gardła środkowego	800									X	X																						X													X		X			
704	5.06.00.0000704	laryngofaryngektomia z rekonstrukcją wolnym przeszczepem jelitowym	1300									X																							X													X		X			
705	5.06.00.0000705	laryngofaryngektomia z rekonstrukcją gardła i przełyku uszypułowanymi płatami skórnomięśniowymi	1320																																X													X		X			
706	5.06.00.0000706	laryngofaryngektomia z rekonstrukcją gardła i przełyku wolnymi płatami z zespoleniem mikronaczyniowym	1760																																X													X		X			
707	5.06.00.0000707	laryngofaryngektomia + operacja węzłów chłonnych z rekonstrukcją wolnym przeszczepem jelitowym	1500																																X													X		X			
708	5.06.00.0000708	położnictwo - przedłużona hospitalizacja matki karmiącej piersią z powodu stanu zdrowia dziecka - od 5 doby od porodu	7																																		X									X		1		za osobodzień	można sumować ze wszyskimi porodami i patologiami ciąży z wyjątkiem porodu z połogiem patologicznym
709	5.06.00.0000709	wkładka wewnątrzmaciczna - usunięcie/ założenie	5																																		X								X	X				bez kosztu wkładki	
710	5.06.00.0000710	obserwacja negatywna w kierunku PID, zapalenia wyrostka robaczkowego, ciąży ektopowej, udaru jajnika	50					X			X																										X									X					
711	5.06.00.0000711	elektrokoagulacja/ krioterapia/ laseroterapia zmian szyjki macicy	30																																		X							X	X	X					
712	5.06.00.0000712	histerosalpingografia w diagnostyce szyjki macicy, macicy i jajowodów	20																																		X							X	X	X					
713	5.06.00.0000713	patologia ciąży - obserwacja ciężarnej do 48 godzin	35																																		X									X		1			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
714	5.06.00.0000714	nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych, rozrosty endometrium - diagnostyka, leczenie zachowawcze	35																	X																		X							X		X					
715	5.06.00.0000715	AI nasieniem męża lub dawcy	30																																		X								X	X		X			
716	5.06.00.0000716	konizacja szyjki macicy z badaniem hist.-pat.	35																																		X							X	X	X					

717	5.06.00.0000717	endometrioza - usunięcie endometriozy w bliźnie po nacięciu krocza lub po cięciu cesarskim, z badaniem hist.-pat.	40																																			X							X	X	X					
718	5.06.00.0000718	wycięcie polipa/ polipów, pobranie wycinków z: krocza, pochwy, tarczy szyjki macicy, z frakcjonowanym wyłyżeczkowaniem kanału szyjki i jamy macicy, usunięcie kłykcin, z badaniem hist.-pat. i badaniem wirusologicznym	60															X																				X							X	X	X					
719	5.06.00.0000719	niepłodność żeńska - monitorowanie i modyfikacja leczenia (badania biochemiczne, USG)	70																	X																		X								X	X		X			
720	5.06.00.0000720	osteoporoza w tym pomenopauzalna - diagnostyka (biochemiczna, hormonalna, wizualizacyjna) - wszystkie elementy	40													X				X																	X	X								X	X		X			
721	5.06.00.0000721	badanie urodynamiczne kompleksowe z profilometrią cewkową	65					X																														X			X	X				X	X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
722	5.06.00.0000722	wycięcie lub marsupializacja gruczołu Bartholina, wycięcie zmiany nieinwazyjnej w obrębie pochwy	70																																			X				X			X	X	X					
723	5.06.00.0000723	poród kleszczowy lub z zastosowaniem próżnociągu położniczego w trakcie porodu patologicznego	110																																			X									X		1			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
724	5.06.00.0000724	patologia ciąży - udokumentowana niewydolność cieśniowo-szyjkowa (szew okrężny szyjki macicy)	90																																			X									X		1	X	konieczne przekazanie kopii dokumentacji medycznej do konsultanta wojewódzkiego z oddziałów 1 poziomu warunków	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
725	5.06.00.0000725	mięśniak/ mięśniaki macicy - wycięcie mięśniaka metodą laparoskopową	180																																			X							X	X	X		X			
726	5.06.00.0000726	połóg patologiczny - ponowna hospitalizacja z powodu powikłań w połogu	120																																			X									X		1			
727	5.06.00.0000727	poród fizjologiczny	110																																			X									X		1			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
728	5.06.00.0000728	poród z pomocą ręczną lub z ręcznym oddzieleniem łożyska lub ciąży obumarłej po ukończonym 22 tygodniu trwania ciąży lub z szyciem pęknięcia krocza III°	130																																			X									X		1			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
729	5.06.00.0000729	patologia ciąży - wycięcie polipa, pobranie wycinków z: krocza, pochwy, tarczy szyjki macicy, usunięcie kłykcin, z badaniem hist-pat - u ciężarnej	100																																			X									X		2			
730	5.06.00.0000730	zaśniad groniasty - opróżnienie jamy macicy	120																																			X							X		X					
731	5.06.00.0000731	cukrzyca u ciężarnej - wdrożenie intensywnego programu opieki diabetologicznej	200																X	X																		X									X		3		warunki referencyjne dotyczą położnictwa i ginekologii	
732	5.06.00.0000732	histeroskopia diagnostyczna z badaniem histopatologicznym	90																																			X							X	X	X					
733	5.06.00.0000733	poród z połogiem patologicznym	160																																			X									X		1			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
734	5.06.00.0000734	krwiak lub rana sromu, krocza lub pochwy - leczenie operacyjne	100					X																														X				X			X		X					
735	5.06.00.0000735	cesarskie cięcie	140																																			X									X		1			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
736	5.06.00.0000736	stan zapalny otrzewnej miednicy mniejszej - leczenie zachowawcze	180					X			X	X																										X			X				X		X					
737	5.06.00.0000737	indukcja poronienia (zgodnie z ustawą z dnia 7 stycznia 1993 r o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerwania ciąży)	120																																			X									X					

738	5.06.00.0000738	patologia ciąży - leczenie zachowawcze w ciąży - (hospitalizacja 3-5 dni)	110																																			X									X		1		z powodu: niepowściągliwe wymioty ciężarnych, infekcje układu moczowego w ciąży, cholestaza ciążowa, białkomocz ciążowy (> 30 mg%), nadciśnienie w ciąży wymagające stosowania leków hipotensyjnych, poronienie zagrażające, przedwczesne pęknięcie błon płodowych, zagrażający poród przedwczesny, podejrzenie niewydolności łożyska, IUGR z dysproporcją wagową, wielowodzie, zakrzepowe zapalenie żył u ciężarnej, łożysko przodujące, cukrzyca, GDM1 lub inne zgodnie z postawionym rozpoznaniem	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
739	5.06.00.0000739	poród mnogi	170																																			X									X		2		w warunkach 2 poziomu referencyjnego wyłącznie w stanach nagłych, konieczne zgłoszenie do konsultanta wojewódzkiego	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
740	5.06.00.0000740	niepłodność żeńska - diagnostyka z badaniami biochemicznymi, w tym hormonalnymi, wizualizacyjnymi (HSG, USG, NMR /CT), leczenie zachowawcze	150																	X																		X									X		X			
741	5.06.00.0000741	poród przedwczesny	180																																			X									X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
742	5.06.00.0000742	mięśniak/ mięśniaki macicy - wyłuszczenie drogą brzuszną	170																																			X							X		X					
743	5.06.00.0000743	patologia ciąży - leczenie zachowawcze w ciąży - (hospitalizacja 6-10 dni)	140																X																			X									X		1		z powodu: niepowściągliwe wymioty ciężarnych, infekcje układu moczowego w ciąży, cholestaza ciążowa, białkomocz ciążowy (> 30 mg%), nadciśnienie w ciąży wymagające stosowania leków hipotensyjnych, poronienie zagrażające, przedwczesne pęknięcie błon płodowych, zagrażający poród przedwczesny, podejrzenie niewydolności łożyska, IUGR z dysproporcją wagową, wielowodzie, zakrzepowe zapalenie żył u ciężarnej, łożysko przodujące, cukrzyca, GDM1 lub inne zgodnie z postawionym rozpoznaniem	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
744	5.06.00.0000744	patologia ciąży/ położnictwo - gestoza z zagrażającą rzucawką wymagająca leczenia dożylnego i środkami hipotensyjnymi	210																																			X									X		2			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
745	5.06.00.0000745	histeroskopia operacyjna	140																																			X							X	X	X		X			
746	5.06.00.0000746	zespół hiperstymulacji jajników - leczenie	300																	X																		X							X		X		X			
747	5.06.00.0000747	wyłyżeczkowanie jamy macicy z powodu poronienia septycznego	170																																			X									X					
748	5.06.00.0000748	świadczenie skreślone - patologia ciąży - fetoskopia																																																		

749	5.06.00.0000749	endokrynopatie przebiegające z zaburzeniami miesiączkowania u młodocianych, przedwczesne lub opóźnione dojrzewanie płciowe, również u chłopców, pierwotny lub wtórny brak miesiączki, niewydolność jajników - diagnostyka wymagająca pobytu w szpitalu (próby czynnościowe), leczenie	200																	X																		X									X		X			
750	5.06.00.0000750	endokrynopatie przebiegające z hirsutyzmem, wirylizacją lub zaburzeniami miesiączkowania, przedwczesne lub opóźnione dojrzewanie płciowe, pierwotny lub wtórny brak miesiączki - diagnostyka wymagająca pobytu w szpitalu (próby czynnościowe), leczenie	200																	X																		X									X		X			
751	5.06.00.0000751	endokrynopatie przebiegające z hiperprolaktynemia, i - diagnostyka, wymagająca pobytu w szpitalu (próby czynnościowe), leczenie	200																	X																		X									X		X			
752	5.06.00.0000752	przetoka pęcherzowo - pochwowa lub odbytniczo-pochwowa - plastyka korekcyjna	240					X																														X			X	X			X		X					
753	5.06.00.0000753	patologia ciąży/ położnictwo - gestoza powikłana rzucawką	320																																			X									X		2	X	- konieczne powiadomienie konsultanta wojewódzkiego; - konieczne przekazanie kopii dokumentacji medycznej do konsultanta wojewódzkiego z oddziałów 2 poziomu warunków referencyjnych	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
754	5.06.00.0000754	nieprawidłowe położenie macicy - operacja korygująca drogą brzuszną, pochwową lub metodą laparoskopową	150																																			X							X		X					
755	5.06.00.0000755	ciąża ektopowa - leczenie zachowawcze	130																																			X									X					
756	5.06.00.0000756	podwiązanie tętnic biodrowych	250							X																												X							X		X		1	X	konieczne przekazanie kopii dokumentacji medycznej do konsultanta wojewódzkiego	
757	5.06.00.0000757	sympatektomia (w tym przedkrzyżowa) - przecięcie nerwu	220																									X										X			X						X					
758	5.06.00.0000758	laparoskopowe i histeroskopowe (procedura jednoczasowa) leczenie zmian narządu rodnego	220																																			X							X	X	X		X			
759	5.06.00.0000759	patologia ciąży - wady płodu - diagnostyka (amniopunkcje, badania cytogenetyczne)	270																																			X									X		3			
760	5.06.00.0000760	patologia ciąży - cukrzyca u ciężarnej ze zmianami naczyniowymi, R, F, RF, H i T - leczenie	300																																			X									X		3			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
761	5.06.00.0000761	rekonstrukcja jajowodów technikami mikrochirurgicznymi (laparoskopia)	320																																			X							X	X	X		X			
762	5.06.00.0000762	poród/ cięcie cesarskie i połóg chorej z HIV, ostrym WZW B, WZW C (wg instrukcji MZ dotyczących postępowania z pacjentami z HIV)	300																																			X									X		1			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
763	5.06.00.0000763	patologia ciąży - małowodzie z uzupełnieniem płynu do pęcherza owodniowego lub transfuzja wewnątrzmaciczna	300																																			X									X		3			
764	5.06.00.0000764	patologia ciąży - wady płodu wewnątrzmaciczne założenie shuntu, zastawki	300																																			X									X		3			
765	5.06.00.0000765	patologia ciąży - leczenie zachowawcze w ciąży - (hospitalizacja 11-20 dni)	280																X																			X									X		2		z powodu: niepowściągliwe wymioty ciężarnych, infekcje układu moczowego w ciąży, cholestaza ciążowa, białkomocz ciążowy (> 30 mg%), nadciśnienie w ciąży wymagające stosowania leków hipotensyjnych, poronienie zagrażające, przedwczesne pęknięcie blon płodowych, zagrażający poród przedwczesny, podejrzenie niewydolności łożyska, IUGR z dysproporcją wagową, wielowodzie, zakrzepowe zapalenie żył u ciężarnej, łożysko przodujące, cukrzyca, GDM1 lub inne zgodnie z postawionym rozpoznaniem	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych

766	5.06.00.0000766	patologia ciąży - leczenie zachowawcze w ciąży - (hospitalizacja 21-35 dni)	450																																			X									X		2		- w warunkach 2 poziomu referencyjnego od 33 tygodnia ciąży - z powodu: niepowściągliwe wymioty ciężarnych, infekcje układu moczowego w ciąży, cholestaza ciążowa, białkomocz ciążowy (> 30 mg%), nadciśnienie w ciąży wymagające stosowania leków hipotensyjnych, poronienie zagrażające, przedwczesne pęknięcie błon płodowych, zagrażający poród przedwczesny, podejrzenie niewydolności łożyska, IUGR z dysproporcją wagową, wielowodzie, zakrzepowe zapalenie żył u ciężarnej, łożysko przodujące, cukrzyca, GDM1 lub inne zgodnie z postawionym rozpoznaniem	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
767	5.06.00.0000767	patologia ciąży - cukrzyca (GDM 2) u ciężarnej chorującej na cukrzycę, będącą w klasie B, C, D bez zmian naczyniowych	300																X																			X									X		3			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
768	5.06.00.0000768	wycięcie macicy lub trzonu macicy (z przydatkami lub bez) drogą brzuszną lub pochwową bez plastyki, laparoskopowe wycięcie macicy	350																																			X						X		X					
769	5.06.00.0000769	patologia ciąży/ położnictwo - zakrzepica w obrębie miednicy mniejszej ciężarnej lub w połogu - diagnostyka, leczenie	330																																			X									X		3			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
770	5.06.00.0000770	patologia ciąży - wstrząs krwotoczny ciężarnej w przebiegu porodu (obejmuje koszt porodu)	320																																			X									X		1	X	konieczne przekazanie kopii dokumentacji medycznej do konsultanta wojewódzkiego	
771	5.06.00.0000771	patologia ciąży - ostra niewydolność nerek ciężarnej	330																																			X									X		3			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
772	5.06.00.0000772	patologia ciąży/ położnictwo - zespół HELLP, wstrząs septyczny z DIC, posocznica w ciąży lub połogu, łącznie z pobytem w OAiIT	650																																			X									X		3	X	konieczne przekazanie kopii dokumentacji medycznej do konsultanta wojewódzkiego	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
773	5.06.00.0000773	patologia ciąży/ położnictwo - ostre stany chirurgiczne jamy brzusznej w ciąży i połogu - leczenie operacyjne	250																																			X									X		3			
774	5.06.00.0000774	wycięcie macicy z przydatkami lub bez drogą pochwową z plastyką	400																																			X						X		X					
775	5.06.00.0000775	podwieszenie macicy, szyjki lub pochwy z kosztem materiału biomedycznego	320																																			X						X		X					
776	5.06.00.0000776	laparotomia w połogu	250																																			X									X		2	X	konieczne przekazanie kopii dokumentacji medycznej do konsultanta wojewódzkiego	

777	5.06.00.0000777	patologia ciąży - leczenie zachowawcze w ciąży - (hospitalizacja 36 dni i więcej)	550																																			X									X		3		z powodu: niepowściągliwe wymioty ciężarnych, infekcje układu moczowego w ciąży, cholestaza ciążowa, białkomocz ciążowy (> 30 mg%), nadciśnienie w ciąży wymagające stosowania leków hipotensyjnych, poronienie zagrażające, przedwczesne pęknięcie błon płodowych, zagrażający poród przedwczesny, podejrzenie niewydolności łożyska, IUGR z dysproporcją wagową, wielowodzie, zakrzepowe zapalenie żył u ciężarnej, łożysko przodujące, cukrzyca, GDM1 lub inne zgodnie z postawionym rozpoznaniem	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
778	5.06.00.0000778	wycięcie macicy rozszerzone, wycięcie macicy z przydatkami lub bez drogą brzuszną - w przypadku nowotworów złośliwych - z usunięciem węzłów chłonnych, z wycięciem sieci i pobraniem rozmazu z płynu w jamie brzusznej oraz z kopuły przepony, wtórna operacja	600																																			X							X		X		X			
779	5.06.00.0000779	rekonstrukcja pochwy - przy wrodzonym braku/ zarośnięciu pochwy (nie dotyczy operacji zmiany płci)	500					X					X																									X									X		X			
780	5.06.00.0000780	rak inwazyjny pochwy - operacja radykalna	700																																			X							X		X		X			
781	5.06.00.0000781	zaburzenia odpływu pęcherzowo- moczowodowego - diagnostyka kompleksowa (urografia, cystografia mikcyjna, posiew)	60					X																	X											X					X	X				X	X					
782	5.06.00.0000782	usunięcie protez z ciał jamistych prącia	80																																								X					X	X					
783	5.06.00.0000783	wstrzyknięcie leku do okolicy zwieracza zewnętrznego cewki pod kontrolą uretroskopii	80					X																																			X	X				X	X		X		warunki referencyjne dla urologii dziecięcej	
784	5.06.00.0000784	kruszenie kamieni falą uderzeniową pozaustrojową (ESWL)	90					X																																			X	X				X	X					
785	5.06.00.0000785	ablacja przezcewkowa stercza, nacięcie przezcewkowe stercza (TUIP)	140																																								X					X	X					
786	5.06.00.0000786	ureteroskopia diagnostyczna (URS)	140					X																																			X	X					X					
787	5.06.00.0000787	usunięcie operacyjne gruczolaka stercza	200																																								X						X					
788	5.06.00.0000788	elektroresekcja przezcewkowa stercza (TURP) lub przezcewkowa ablacja laserowa gruczolaka stercza	220																																								X						X					
789	5.06.00.0000789	wycięcie moczowodu (kikuta)	220					X																																			X	X			X		X					
790	5.06.00.0000790	operacja zwężenia cewki	280					X																																			X	X					X					
791	5.06.00.0000791	wycięcie uchyłka pęcherza, częściowe wycięcie pęcherza, zaopatrzenie urazowego lub operacyjnego uszkodzenia pęcherza moczowego, operacja przetoki pęcherzowo-pochwowej, pęcherzowo-jelitowej lub pęcherzowo-macicznej	280					X			X	X																										X			X	X					X		X		warunki referencyjne w urologii dziecięcej	
793	5.06.00.0000793	operacja wytworzenia szczelnej przetoki do przerywanego cewnikowania pęcherza moczowego w dysfunkcjach pęcherza moczowego	300					X				X																													X	X					X		X			
794	5.06.00.0000794	usunięcie kamienia z nerki lub moczowodu endoskopowe z dostępu przez moczowód (URSL)	320					X																																	X	X					X					
795	5.06.00.0000795	wycięcie nerki radykalne lub częściowe z powodu guza i/ lub torbieli z lub bez moczowodu	385					X			X	X																													X	X					X		X		warunki referencyjne w chirurgii onkologicznej i chirurgii ogólnej	
796	5.06.00.0000796	posocznica nerkopochodna (urosepsa) - leczenie	400					X			X					X	X									X										X					X	X	X				X					
797	5.06.00.0000797	usunięcie kamienia z nerki lub moczowodu endoskopowe przez przetokę nerkową (PCNL)	450					X																																	X	X					X					
798	5.06.00.0000798	powiększenie pojemności pęcherza	500					X																																	X	X					X		X			
799	5.06.00.0000799	odczulanie na jady owadów - jednorazowe podanie szczepionki na jady owadów (kurs podtrzymujący)	40	X											X																					X										X	X		X			
800	5.06.00.0000800	pokrzywka ostra (napad) - leczenie	150	X												X		X																		X							X				X					
801	5.06.00.0000801	astma oskrzelowa (zaostrzenie) - leczenie	125	X											X	X																				X							X				X					

802	5.06.00.0000802	POChP - zaostrzenie bez niewydolności oddychania	110	X											X	X																												X				X					
803	5.06.00.0000803	swoiste testy prowokacji wziewnej, donosowej i pokarmowej (w tym dodatki do pokarmów)	100	X											X			X																		X										X	X		X			
804	5.06.00.0000804	atopowe/ kontaktowe zapalenie skóry/ wyprysk endogenny (zaostrzenie) - diagnostyka wraz z leczeniem	130	X														X																		X							X				X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
805	5.06.00.0000805	odczulanie na jady owadów - szybkie (kurs wstępny)	135	X											X																					X										X	X		X			
806	5.06.00.0000806	anafilaksja uogólniona - leczenie ostrej fazy	150	X												X		X																		X							X				X					
807	5.06.00.0000807	stan astmatyczny - leczenie	250	X											X	X																				X							X				X					
808	5.06.00.0000808	nietolerancje pokarmowe, w tym celiakia (zaostrzenie, nie poddające się leczeniu ambulatoryjnemu) - leczenie	180	X												X						X															X							X				X		X			
809	5.06.00.0000809	alergia na leki, w tym NLPZ - leczenie ostrej fazy	180	X												X		X																		X							X				X					
810	5.06.00.0000810	alergiczne zapalenie naczyń - leczenie w okresie zaostrzeń	190	X		X				X					X	X		X																		X	X						X	X			X					
811	5.06.00.0000811	gruźlica - leczenie długoterminowe	12												X																																X		X		za osobodzień	
812	5.06.00.0000812	gruźlica wielolekooporna - diagnostyka, leczenie	14												X																																X		X		za osobodzień	
813	5.06.00.0000813	mykobakteriozy - leczenie długoterminowe	14												X			X																		X							X				X		X		za osobodzień	
814	5.06.00.0000814	bronchofiberoskopia/ bronchoskopia diagnostyczna (z oceną bakteriologiczną, mykologiczną i hist-pat)	25	X				X	X						X	X									X										X	X										X	X					
815	5.06.00.0000815	zaburzenia oddychania w czasie snu - diagnostyka polisomnograficzna	50												X														X	X					X	X										X	X		X			
816	5.06.00.0000816	bronchofiberoskopia z biopsją transbronchialną węzłów chłonnych/ płuca/ BAL	50						X						X	X																														X	X		X			
817	5.06.00.0000817	ostre zapalenie górnych dróg oddechowych/ oskrzeli u dzieci - diagnostyka, leczenie	80																																X	X											X					
818	5.06.00.0000818	zapalenie oskrzeli przewlekłe, nawracające - leczenie okresu zaostrzenia	110	X											X	X	X																			X							X				X					
819	5.06.00.0000819	ciężka zdekompensowana niewydolność serca, obrzęk płuc	200												X	X								X																			X				X					
820	5.06.00.0000820	bronchofiberosonografia diagnostyczna	90					X	X						X	X																				X										X	X		X			
821	5.06.00.0000821	choroby opłucnej (bez gruźlicy) - leczenie	140					X	X						X	X	X																			X							X				X					
822	5.06.00.0000822	astma oskrzelowa - diagnostyka (testy odwracalności, nadreaktywności, skórne z alergenami wziewnymi), leczenie	250	X											X	X																				X											X		X			
823	5.06.00.0000823	gruźlica i inne mykobakteriozy - diagnostyka różnicowa (testy enzymatyczne, genetyczne)	140												X																					X											X		X			
824	5.06.00.0000824	zapalenie płuc pozaszpitalne udokumentowane radiologicznie, po niepowodzeniu leczenia ambulatoryjnego lub przebiegające z niewydolnością oddechową - diagnostyka, leczenie	220	X											X	X	X																			X							X				X				wyłącznie hospitalizacje trwające nie krócej niż 8 dni	
825	5.06.00.0000825	zapalenie opłucnej wysiękowe - diagnostyka (TK, bronchoskopia, biopsja opłucnej), leczenie	200												X	X	X																			X							X				X					
826	5.06.00.0000826	krwawienie wewnątrzpęcherzykowe - leczenie z diagnostyką (HRCT, bronchoskopia, mechanika oddychania, poj. dyfuzyjna, biopsja), leczenie	350						X						X	X																				X											X		X			
827	5.06.00.0000827	nadciśnienie płucne tętnicze/ zakrzepowo - zatorowe - diagnostyka (HRCT, echokardiografia, cewnikowanie, TK spiralna, badania czynnościowe) nie mniej niż 4 badania	500												X	X								X	X											X	X										X		X			
828	5.06.00.0000828	POChP - zaostrzenie z niewydolnością oddychania potwierdzoną badaniem gazometrycznym wymagające antybiotykoterapii, w tym kwalifikacja do domowego leczenia tlenem	200	X											X	X																											X				X					
829	5.06.00.0000829	bronchofiberosonografia z zabiegiem biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (uwzględnione badanie cytologiczne)	110						X						X	X																				X										X	X		X		z wyłączeniem trybu jednodniowego w pediatrii	
830	5.06.00.0000830	rozstrzenie oskrzeli - diagnostyka (HRCT, bronchoskopia, bakteriologia), leczenie zachowawcze	230												X	X																											X				X		X			
831	5.06.00.0000831	zatorowość płucna - diagnostyka (TK spiralna/ scyntygrafia perfuzyjna płuc/ arteriografia płucna), leczenie	240			X		X							X	X								X																			X				X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
832	5.06.00.0000832	niedobory odporności inne niż w przebiegu AIDS - diagnostyka	280	X												X	X	X																		X	X							X			X		X			

833	5.06.00.0000833	grzybniak kropidlakowy płuc - diagnostyka (hodowla, serologia, TK, badania czynnościowe), leczenie zachowawcze	160												X		X																					X													X		X			
834	5.06.00.0000834	sarkoidoza - diagnostyka (HRCT, bronchoskopia, BAL, biopsja otwarta, ACE, mechanika oddychania), leczenie zachowawcze	280												X																								X											X		X			
835	5.06.00.0000835	śródmiąższowe choroby płuc inne (samoistne włóknienie płuc, zmiany w płucach w przebiegu chorób tkanki łącznej, LAM, histiocytoza, lipoproteinoza, alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych, eozynofiliowe zapalenie płuc, polekowe odczyny w płucach w tym popromienne i inne) - diagnostyka (HRCT, bronchoskopia, BAL, biopsja otwarta, serologia, immunohistochemia, mechanika oddychania)	350												X	X	X																					X	X											X		X			
836	5.06.00.0000836	zapalenie płuc grzybicze - diagnostyka (hodowle, serologia, bronchoskopia, biopsja), leczenie	450												X		X																					X							X					X		X			
837	5.06.00.0000837	zapalenie płuc u chorego w immunosupresji - diagnostyka (HRCT, bronchoskopia, bakteriologia, serologia, biopsja), leczenie bez immunoglobulinoterapii	450												X		X																					X													X		X			
838	5.06.00.0000838	mukowiscydoza - leczenie zaostrzenia z diagnostyką (HRCT, bronchoskopia, bakteriologia, serologia, testy potowe, genetyka),	800	X											X																					X													X		X			
839	5.06.00.0000839	zakażenie HIV - diagnostyka (Western blot i/ lub PCR)	25														X	X																		X										X	X		X			
840	5.06.00.0000840	odra - leczenie	50														X																			X											X					
841	5.06.00.0000841	mononukleoza zakaźna - leczenie	70														X																			X											X					
842	5.06.00.0000842	świnka - leczenie	70														X																			X											X					
843	5.06.00.0000843	choroby pasożytnicze - leczenie	80														X				X															X							X				X					
844	5.06.00.0000844	zakażenie przewodu pokarmowego potwierdzone badaniami diagnostycznymi (bakteriologia, wirusologia)	100													X	X				X															X							X				X					
845	5.06.00.0000845	choroby tropikalne (malaria, leiszmanioza) - diagnostyka, leczenie	400													X	X																			X											X		X			
846	5.06.00.0000846	półpasiec powikłany lub ospa wietrzna powikłana - diagnostyka wraz z leczeniem	90													X	X	X											X	X						X							X				X					
847	5.06.00.0000847	wścieklizna - obserwacja, leczenie	120														X																														X					
848	5.06.00.0000848	miąższowe i cholestatyczne choroby wątroby - leczenie zachowawcze (z diagnostyką endosonograficzną/ cholangiopankreatografia z użyciem NMR/ ECPW)	250					X								X					X															X							X				X		X			
849	5.06.00.0000849	borelioza - leczenie okresu zaostrzeń	200														X	X																		X	X										X					
850	5.06.00.0000850	gorączka niejasnego pochodzenia - diagnostyka podstawowa	110													X	X																			X	X						X				X					
851	5.06.00.0000851	miąższowe i cholestatyczne choroby wątroby - leczenie zachowawcze (z diagnostyką podstawowa)	110					X								X	X				X															X							X				X					
852	5.06.00.0000852	wirusowe zapalenie wątroby postać ostra - leczenie	220													X	X				X															X							X				X		X			
853	5.06.00.0000853	wirusowe zapalenie wątroby postać przewlekła - leczenie	190													X	X				X															X											X		X			
854	5.06.00.0000854	choroby zapalne OUN (wirusowe zapalenie opon i mózgu, zapalenie mózgu, choroba Creutzfelda-Jacoba) - leczenie z diagnostyką (NMR, bad.płynu mózgowo-rdzeniowego),	400														X												X	X						X											X		X		w oddziałach pediatrycznych tylko przypadki niepowikłane	
855	5.06.00.0000855	choroby zapalne OUN (bakteryjne i grzybicze zapalenie opon) - leczenie z diagnostyką (NMR/ TK),	400														X												X	X						X											X				w oddziałach pediatrycznych tylko przypadki niepowikłane	
856	5.06.00.0000856	AIDS - leczenie choroby pełnoobjawowej	640														X	X																		X											X		X			
857	5.06.00.0000857	światłolecznictwo dermatologiczne	1															X																												X	X				za każdy zabieg	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
858	5.06.00.0000858	usunięcie mechaniczne skóry (dermabrazja) ze wskazań medycznych	30								X	X	X					X																												X	X				bez przeszczepu skóry	
859	5.06.00.0000859	kiła nabyta - leczenie	50														X	X																													X					
860	5.06.00.0000860	fotodermatozy - leczenie fazy ostrej	100															X																													X					
861	5.06.00.0000861	plamice - leczenie okresu zaostrzenia	120															X																		X											X					
862	5.06.00.0000862	przyłuszczyca - leczenie okresu zaostrzeń	120															X																													X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
863	5.06.00.0000863	NGU powikłane - leczenie	130														X	X																													X					

864	5.06.00.0000864	rzeżączka powikłana - leczenie	150														X	X																													X					
865	5.06.00.0000865	kiła późna - leczenie (wlewy kroplowe)	120														X	X																													X					
866	5.06.00.0000866	łuszczyca - leczenie okresu zaostrzeń (bez światłolecznictwa)	150															X																													X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
867	5.06.00.0000867	rumienie - leczenie okresu zaostrzenia	130														X	X																	X							X				X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
868	5.06.00.0000868	leukocytoklastyczne zapalenie naczyń skóry - leczenie w okresie zaostrzeń	180															X																		X										X					
869	5.06.00.0000869	odczynowe zapalenia stawów - diagnostyka wraz z leczeniem okresów zaostrzeń	190													X	X	X							X										X	X										X					
870	5.06.00.0000870	martwicze choroby skóry - leczenie fazy zaostrzenia	150															X																								X				X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
871	5.06.00.0000871	trądzik piorunujący i nasilony ropowiczy - leczenie okresu zaostrzeń	200															X																	X											X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
872	5.06.00.0000872	erytrodermia - leczenie okresu zaostrzeń	100														X	X																	X											X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
873	5.06.00.0000873	niedokrwienie kończyn przewlekłe - leczenie zachowawcze (IIB, III, IV stopień w skali Fontain'a) z diagnostyką (USG z kolorowym dopplerem, kapilaroskopia, ECHO serca)	140			X				X	X					X		X	X																								X				X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
874	5.06.00.0000874	cukrzyca - hipoglikemia polekowa - stopień IV	130													X			X	X															X							X				X					
875	5.06.00.0000875	hipoglikemia u chorego bez cukrzycy (w tym insulinoma) - diagnostyka (poziom insuliny, C-Peptyd, TK spiralne, gastroskopia), leczenie zachowawcze	250													X			X	X															X											X					
876	5.06.00.0000876	cukrzyca typu 1 - świeże zachorowanie - wdrożenie programu intensywnej terapii z "programową" edukacją	220													X			X	X															X											X		X		warunki referencyjne dla pediatrii i chorób wewnętrznych	
877	5.06.00.0000877	cukrzyca typu 2 - świeże zachorowanie - wdrożenie programu intensywnej wieloskładnikowej terapii z "programową" edukacją	250													X			X	X																							X				X		X		warunki referencyjne dla chorób wewnętrznych	
878	5.06.00.0000878	cukrzyca - kwasica ketonowa, mleczanowa i śpiączka hipermolalna	250													X			X	X															X							X				X					
879	5.06.00.0000879	leczenie jodem ^{131}I trudnych przypadków choroby Graves-Basedowa lub tych stanów klinicznych, które nie mogą być leczone ambulatoryjnie	100																	X																											X				nie obejmuje kosztów izotopu	
880	5.06.00.0000880	pheochromocytoma - diagnostyka i leczenie okresu nierównowagi hormonalnej przed przekazaniem do leczenia operacyjnego	200													X				X															X											X		X		warunki referencyjne dla pediatrii i chorób wewnętrznych	
881	5.06.00.0000881	zaburzenia odżywiania i złego wchłaniania (jadłowstręt psychiczny, bulimia, zaburzenia gospodarki wapniowej) - diagnostyka różnicowa leczenie	160													X				X								X	X					X							X				X		X			
882	5.06.00.0000882	niewydolność nadnerczy - leczenie w okresie nierównowagi hormonalnej	110																	X															X		X									X		X		warunki referencyjne dla pediatrii	
883	5.06.00.0000883	cukrzyca typu 1 - hospitalizacja związana z dużą hiperglikemią lub znaczną chwiejnością cukrzycy nie dająca się wyrównać w warunkach ambulatoryjnych (diagnostyka przyczyn niewyrównania, zmiana leczenia hipoglikemizującego)	200													X			X	X															X											X		X		warunki referencyjne dla pediatrii i chorób wewnętrznych	
884	5.06.00.0000884	choroby metaboliczne (zaburzenia gospodarki węglowodanowej, tłuszczowej, otyłość, zespół metaboliczny, skaza moczanowa i inne) - leczenie okresu niewyrównania	150													X			X	X															X							X				X		X		warunki referencyjne dla pediatrii	
885	5.06.00.0000885	niedoczynność przytarczyc - diagnostyka i leczenie okresu nierównowagi hormonalnej	160													X				X															X											X		X		warunki referencyjne dla pediatrii i chorób wewnętrznych	
886	5.06.00.0000886	niedoczynność przedniego płata przysadki - diagnostyka i leczenie okresu niewyrówagi hormonalnej	220																	X															X		X									X		X		warunki referencyjne dla pediatrii	
887	5.06.00.0000887	insulinoma lub glukagonoma - diagnostyka i leczenie w okresie nierównowagi hormonalnej	220																	X															X											X		X		warunki referencyjne dla pediatrii; bez leczenia somatostatyną	
888	5.06.00.0000888	choroba Graves-Basedowa z naciekową oftalmopatią - leczenie	220																	X															X											X		X		warunki referencyjne dla pediatrii	

889	5.06.00.0000889	nadczynność przytarczyc - leczenie zachowawcze okresu nierównowagi hormonalnej przed przekazaniem do leczenia operacyjnego	180													X				X																	X											X		X		warunki referencyjne dla pediatrii	
890	5.06.00.0000890	niepłodność pierwotna i wtórna - diagnostyka, leczenie	150																	X																			X									X		X			
891	5.06.00.0000891	nadczynność tarczycy (np. poamiodaronowa) - leczenie ciężkiego okresu nierównowagi hormonalnej	200													X				X																	X											X		X		warunki referencyjne dla pediatrii i chorób wewnętrznych	
892	5.06.00.0000892	zaburzenia czynności podwzgórza - leczenie okresu niewyrównania okresu hormonalnego	220																	X																	X											X		X		warunki referencyjne dla pediatrii	
893	5.06.00.0000893	zespół nadnerczowo-płciowy - diagnostyka i leczenie okresu nierównowagi hormonalnej	250																	X																	X		X									X		X		warunki referencyjne dla pediatrii	
894	5.06.00.0000894	przełom nadnerczowy - leczenie	240													X				X																	X											X		X		warunki referencyjne dla pediatrii i chorób wewnętrznych	
895	5.06.00.0000895	nowotwory hormonalnie czynne układu dokrewnego (przysadka, tarczyca, przytarczyce, nadnercza, gonady) - leczenie w okresie niewyrównania hormonalnego przed przekazaniem do zabiegu operacyjnego	240																	X																	X											X		X		warunki referencyjne dla pediatrii	
896	5.06.00.0000896	zespoły MEN, guzy neuroendokrynne - leczenie okresu nierównowagi hormonalnej	300													X				X																	X		X									X		X		warunki referencyjne dla pediatrii i chorób wewnętrznych	
897	5.06.00.0000897	przełom tarczycowy (hipermetaboliczny lub hipometaboliczny) - leczenie	240													X				X																	X							X				X					
898	5.06.00.0000898	choroba Cushinga - diagnostyka i leczenie okresu nierównowagi hormonalnej przed przekazaniem do leczenia operacyjnego	350													X				X																	X		X									X		X		warunki referencyjne dla pediatrii i chorób wewnętrznych	
899	5.06.00.0000899	gastroskopia diagnostyczna	12					X	X		X	X				X	X				X																X										X	X				w przypadku wskazań - test ureazowy	
900	5.06.00.0000900	świadczenie skreślone - gastroskopia diagnostyczna z wykonaniem testu ureazowego (diagnostyka H. pylori)																																																			
901	5.06.00.0000901	gastroskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniami hist.-pat.)	25					X	X		X	X				X	X				X																X										X	X					
902	5.06.00.0000902	kolonoskopia diagnostyczna	35					X			X	X				X	X				X																X										X	X					
903	5.06.00.0000903	kolonoskopia diagnostyczna z pobraniem biopsji (uwzględnione badanie hist.-pat.)	50					X			X	X				X	X				X																X										X	X					
904	5.06.00.0000904	choroby czynnościowe przewodu pokarmowego - diagnostyka (w tym kompleksowa diagnostyka eliminacyjna -co najmniej: diagnostyka histopatologiczna, endoskopowa, radiologiczna, USG), leczenie	220					X	X		X	X				X					X																X							X					X		X		warunki referencyjne dla chorób wewnętrznych	
905	5.06.00.0000905	zaburzenia przewodu pokarmowego w przebiegu innych chorób (np. mukowiscydozy) - leczenie	125													X	X				X																X											X					
906	5.06.00.0000906	kolonoskopia lub sigmoidoskopia z zabiegiem polipektomii prostej (liczba polipów 1-3 i średnica każdego nie większa niż 20 mm, uwzględnione badanie hist.-pat.)	130					X			X	X				X					X																X										X	X		X			
907	5.06.00.0000907	nieswoiste choroby zapalne jelit - leczenie zaostrzeń (z wyłączeniem ciężkiego rzutu choroby)	140								X					X	X				X																X							X					X					
908	5.06.00.0000908	zespoły złego wchłaniania i/ lub trawienia w tym przewlekła biegunka i zespoły niedoborowe - diagnostyka, leczenie	180													X					X																X							X	X				X					
909	5.06.00.0000909	gastroskopia z zabiegiem usunięcia zmian uwzględniających polipektomię złożoną (liczba polipów powyżej 3 lub średnica jednego polipa większa niż 20 mm) lub mukozektomię (z badaniami hist.-pat.) lub gastroskopia z zabiegiem terapeutycznym w leczeniu zmian naczyniowych	150						X		X	X				X					X																X										X	X		X			
910	5.06.00.0000910	gastroskopia z założeniem sondy do GOPP lub z zabiegiem usuwania ciała obcego	45						X		X	X				X	X				X																X										X	X		X			
911	5.06.00.0000911	gastroskopia z zabiegiem polipektomii prostej (liczba polipów 1-3 i średnica kazdego nie większa niż 20 mm, uwzględnione badanie hist.-pat.)	100						X		X	X				X					X																X										X	X		X			
912	5.06.00.0000912	gastroskopia z zabiegiem udrażniania lub mechanicznego rozszerzania światła przewodu pokarmowego	200					X	X		X	X				X					X																X										X	X		X			
913	5.06.00.0000913	gastroskopia z zabiegiem zakładania przezskórnej gastrostomii	215		X			X	X		X	X				X					X																X										X	X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (PEG)	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych

914	5.06.00.0000914	gastroskopia z zabiegiem założenia przełykowej lub dojelitowej protezy samorozprężalnej	750						X		X	X				X					X																									X	X	X	X	X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (protezy)	
915	5.06.00.0000915	ECPW diagnostyczna lub ecpw diagnostyczna uwzględniająca biopsję wraz z badaniem hist.-pat.	120					X			X	X				X					X															X										X	X		X	X	z wyłączeniem trybu jednodniowego w pediatrii	
916	5.06.00.0000916	kolonoskopia lub sigmoidoskopia z zabiegiem usunięcia zmian uwzględniajacym polipektomię złóżoną (liczba polipów powyżej 3 lub średnica jednego większa niż 20 mm) lub mukosektomię (uwzględnione badanie hist.-pat.)	170								X	X				X					X															X										X	X		X			
917	5.06.00.0000917	kolonoskopia lub sigmoidoskopia z zabiegiem terapeutycznym w leczeniu zmian naczyniowych	170								X	X				X					X															X										X	X		X			
918	5.06.00.0000918	kolonoskopia lub sigmoidoskopia z zabiegiem udrażniania lub mechanicznego rozszerzania światła przewodu pokarmowego	210					X			X	X				X					X															X										X	X		X		obejmuje cały cykl	
919	5.06.00.0000919	kolonoskopia lub sigmoidoskopia z zabiegiem założenia dojelitowej protezy samorozprężalnej	750								X	X				X					X																									X	X	X	X	X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (protezy)	
920	5.06.00.0000920	zaawansowane nowotwory przewodu pokarmowego - endoskopowe lub przezskórne leczenie z zabiegami udrażnającymi i rozszerzającymi światło przewodu pokarmowego	300					X	X		X	X				X					X																										X		X			
921	5.06.00.0000921	ostre lub zaostrzone zapalenie trzustki (bez ciężkich postaci ostrego zapalenia) - leczenie	220					X			X					X	X				X																					X				X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
922	5.06.00.0000922	endosonografia diagnostyczno-zabiegowa w przewodzie pokarmowym (uwzględnione badanie hist-pat)	200					X			X					X					X																									X	X		X			
923	5.06.00.0000923	ECPW zabiegowo-kontrolna uwzględniająca zabieg sfinkterotomii lub kontrolę instrumentalną dróg żółciowych/ trzustkowych lub usunięcie protezy z dróg żółciowych/ trzustkowych	170					X			X	X				X					X															X										X	X		X	X	z wyłączeniem trybu jednodniowego w pediatrii	
924	5.06.00.0000924	ECPW z zabiegiem wymiany protez w drogach żółciowych/ trzustkowych	210					X			X	X				X					X															X										X	X		X	X		
925	5.06.00.0000925	ECPW z zabiegiem usunięcia złogów (liczba złogów 1-3 i średnica każdego nie większa niż 12 mm) z dróg żółciowych/ trzustkowych	230					X			X	X				X					X															X										X	X		X	X		
926	5.06.00.0000926	niewydolność wątroby (encefalopatia, nadciśnienie wrotne, wodobrzusze) - diagnostyka, leczenie	300													X	X				X															X							X				X					
927	5.06.00.0000927	endoskopowe leczenie nowotworów łagodnych, wczesnych postaci nowotworów złośliwych i stanów przednowotworowych przewodu pokarmowego	220					X			X	X				X					X																										X		X			
928	5.06.00.0000928	endoskopowe leczenie nienowotworowych chorób przewodu pokarmowego	220					X	X		X					X					X																										X		X			
929	5.06.00.0000929	ECPW z zabiegiem uzyskania drenażu dróg żółciowych/ trzustkowych	270					X			X	X				X					X															X										X	X		X	X	z wyłączeniem trybu jednodniowego w pediatrii	
930	5.06.00.0000930	ECPW z zabiegiem usunięcia złogów (liczba złogów powyżej 3 lub złóg o średnicy powyżej 12 mm), lub z zabiegiem litotrypsji mechanicznej złogów w drogach żółciowych/ trzustkowych	300					X			X	X				X					X															X										X	X		X	X		
931	5.06.00.0000931	ECPW z zabiegiem zakładania protezy samorozprężalnej do dróg żółciowych	750					X			X	X				X					X																									X	X	X	X	X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (protezy)	
932	5.06.00.0000932	ECPW z zabiegiem drenażu torbieli okołotrzustkowych lub okołodwunastniczych	290					X			X	X				X					X															X										X	X		X	X	z wyłączeniem trybu jednodniowego w pediatrii	
933	5.06.00.0000933	ECPW z zabiegiem usunięcia złogów wraz z protezowaniem protezą tradycyjną dróg żółciowych/ trzustkowych	340					X			X	X				X					X															X										X	X		X	X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (protezy)	
934	5.06.00.0000934	ECPW i PTC zabiegowe wykonywane u jednego pacjenta w celu uzyskania drożności dróg żółciowych	360					X			X	X				X					X																									X	X		X	X		
935	5.06.00.0000935	stany ciężkie w gastroenterologii (ciężki rzut colitis ulcerosa, posocznica, choroba Crohna)	600					X			X					X	X				X															X											X		X			
936	5.06.00.0000936	erytrocytoafereza lecznicza	120													X						X										X				X											X		X	X		można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
937	5.06.00.0000937	leukafereza lecznicza	100													X						X										X				X											X		X	X		można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi

938	5.06.00.0000938	plazmafereza lecznicza	260		X											X						X				X			X			X				X												X		X	X	(substytucja do 3 000 ml)	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
939	5.06.00.0000939	pobranie i przetoczenie limfocytów dawcy (DLI)	140																																					X							X					można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
940	5.06.00.0000940	przetoczenie koncentratu masy erytrocytarnej	13		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	X	X	X	X	X				za każdą jednostkę powyżej 2 j ME	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
941	5.06.00.0000941	przetoczenie koncentratu granulocytarnego z aferezy	125		X											X	X					X										X				X											X		X		za każdy preparat	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
942	5.06.00.0000942	przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych z trombaferezy automatycznej	90	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	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				za każdy preparat	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
943	5.06.00.0000943	przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych zlewanych	6		X			X	X	X	X	X	X	X		X						X										X				X		X										X			X	za każdą jednostkę	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
944	5.06.00.0000944	synowektomia izotopowa, radioizotopowa, chemiczna u chorych na hemofilię	200																			X															X										X		X			
945	5.06.00.0000945	trombafereza lecznicza	120													X						X																									X		X	X		można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
946	5.06.00.0000946	leczenie ostrego ataku porfirii wątrobowych argininianem hemu	200								X						X						X																									X		X	X	za jedną ampułkę; konieczne przedstawienie rachunku	
947	5.06.00.0000947	angioplastyka obwodowa (balonowa)	400			X				X														X																								X		X	X	zawiera diagnostykę z arteriografią; wykonanie w warunkach sali zabiegowej uprawnionej pracowni naczyniowej; konieczność zapewnienia możliwości konwersji do operacji otwartej; w zakresie kardiologii wyłącznie przy OZW	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
948	5.06.00.0000948	angioplastyka obwodowa jednonaczyniowa z protezą samorozprężalną i/ lub stentowanie zespołu pozakrzepowego	560			X				X														X																								X		X	X	zawiera diagnostykę z arteriografią i koszty wyrobu medycznego (stentu); wykonanie w warunkach sali zabiegowej uprawnionej pracowni naczyniowej; konieczność zapewnienia możliwości konwersji do operacji otwartej; w zakresie kardiologii wyłącznie	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
949	5.06.00.0000949	embolizacje paliatywne w chorobach nowotworowych	350					X			X	X					X																															X		X			
950	5.06.00.0000950	implantacja zastawki komorowo - otrzewnowej/ sercowej (niskociśnieniowej lub średniociśnieniowej z urządzeniem antysyfonowym lub bez)	600					X																					X																			X	X	X	X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (zastawki)	
951	5.06.00.0000951	implantacja zastawki komorowo-otrzewnowej/ sercowej (niskociśnieniowej lub średniociśnieniowej) - programowalnej	660					X																					X																			X	X	X	X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (zastawki)	
952	5.06.00.0000952	zastawka noworodkowa ze zbiornikiem Rickhama - wraz z kosztem implantacji	550					X																					X																			X	X	X	X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (zastawki)	
953	5.06.00.0000953	endoskopia z terapią fotodynamiczną zmian nowotworowych w przewodzie pokarmowym	500						X												X																										X	X	X	X	X		
954	5.06.00.0000954	hospitalizacja hematologiczna w celu wykonania chemioterapii	35																			X											X														X		X		za osobodzień	

955	5.06.00.0000955	hospitalizacja hematologiczna nie związana z wykonaniem chemioterapii	35																			X											X													X	X		X		za osobodzień - pobyt do ośmiu dni z wyjątkiem utrzymywania się wskazań życiowych (cytopenie, częste infekcje, poważne zaburzenia metaboliczne) i wyłączeniem wskazań do leczenia hospicyjnego	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
956	5.06.00.0000956	hospitalizacja w celu diagnostyki i wdrożenia intensywnego leczenia chemioterapią ostrych białaczek lub chłoniaka Burkitta lub immunoablacja z powodu aplazji szpiku	2000																			X											X														X	X	X	X	za każdy kurs wdrożenia leczenia (indukcja, reindukcja lub konsolidacja remisji)	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
957	5.06.00.0000957	nieinwazyjna diagnostyka w kierunku zawału mięśnia sercowego i niestabilnej choroby wieńcowej, łącznie z testem troponinowym i EKG	30													X								X																			X				X					nie można sumować z żadnym świadczeniem
958	5.06.00.0000958	nadciśnienie tętnicze - diagnostyka/ rozpoznanie u pacjenta ze stwierdzonym po raz pierwszy nadciśnieniem (bad. 24-godzinnej rejestracji ciśnienia, TK, USG Doppler, NMR, echo serca, bad. hormonalne - min. 3 badania)	80													X								X		X																X			X	X					
959	5.06.00.0000959	ostre zespoły wieńcowe - leczenie przy pomocy stymulacji endokawitarnej	60													X								X																							X		X			można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
960	5.06.00.0000960	przewlekła niewydolność serca - wyrównanie	100													X								X																			X				X					
961	5.06.00.0000961	zaburzenia rytmu i/ lub przewodzenia - leczenie	80													X								X												X							X				X					
962	5.06.00.0000962	zapalenie mięśnia sercowego/ osierdzia - leczenie	200													X								X												X							X				X					
963	5.06.00.0000963	nadciśnienie tętnicze wtórne - leczenie okresu niewyrównania (diagnostyka - echo serca, TK spiralna tt nerkowych/ USG Doppler tt nerkowych)	230													X								X		X																X				X		X			
964	5.06.00.0000964	nadciśnienie tętnicze wtórne - leczenie okresu niewyrównania (diagnostyka podstawowa)	100													X								X		X																				X					
965	5.06.00.0000965	przełom nadciśnieniowy - znaczny wzrost ciśnienia tętniczego krwii z towarzyszącymi ostrymi bądź szybkonarastającymi powikłaniami narządowymi, który ze względu na bezpośrednie zagrożenie zycia wymaga natychmiastowego obniżenia ciśnienia tętniczego oraz diagnostyki w warunkach szpitalnych	150													X								X		X										X							X				X				przy braku objawów ostrych powikłań narządowych, samo podwyższenie wartości cisnienia tętniczego nie może być uznane jako stan nagły, bezposrednio zagrażający życiu	
966	5.06.00.0000966	ostre zespoły wieńcowe bez podwyższenia markerów mięśnia sercowego	150													X								X	X																		X				X				hospitalizacja w ośrodkach nie prowadzących leczenia inwazyjnego, trwająca łącznie nie mniej niż 4 doby (z wyłączeniem przerwy na zabieg w ośrodku prowadzącym leczenie inwazyjne) lub w ośrodkach prowadzących leczenie inwazyjne w przypadku jego niepodjęcia - diagnostyka i leczenie zachowawcze	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
967	5.06.00.0000967	ostre zespoły wieńcowe - leczenie przy pomocy angioplastyki wieńcowej balonowej	350																					X																							X		X		zawiera diagnostykę z koronarografią	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
968	5.06.00.0000968	hospitalizacja dziecka celem diagnostyki i leczenia zachowawczego innych patologii układu krążenia	200																						X																					X					
969	5.06.00.0000969	badanie elektrofizjologiczne serca (EPS)	410																					X																						X	X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
970	5.06.00.0000970	badanie elektrofizjologiczne serca (EPS) z ablacją prostą	800																					X																							X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
971	5.06.00.0000971	ostre zespoły wieńcowe - leczenie przy pomocy angioplastyki wieńcowej z założeniem stentu/ stentów	800																					X																							X		X		zawiera diagnostykę z koronarografią	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych

972	5.06.00.0000972	ablacja z użyciem systemu elektroanatomicznego	1300																					X																							X	X	X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
973	5.06.00.0000973	badanie elektrofizjologiczne serca (EPS) z ablacją złożoną	1200																					X																							X	X	X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
974	5.06.00.0000974	świadczenie skreślone - restenoza naczyń wieńcowych - prewencja, diagnostyka, leczenie brachyterapią																																																		
975	5.06.00.0000975	ablacja z użyciem systemu elektroanatomicznego 3D	1900																					X																							X	X	X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
976	5.06.00.0000976	powikłania zatorowo-zakrzepowe u dziecka z patologią układu krążenia	500					X																	X																						X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
977	5.06.00.0000977	hospitalizacja dziecka z patologią układu krążenia przed przekazaniem do ośrodka kardiologicznego o wyższym poziomie referencji	80																						X											X											X					
978	5.06.00.0000978	hospitalizacja dziecka z patologią układu krążenia celem leczenia stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym	110											X											X											X											X		X		bez kosztów zabiegu stomatologicznego	
979	5.06.00.0000979	hospitalizacja dziecka w celu diagnostyki układu krążenia bez badań inwazyjnych	180																						X											X											X		X		warunki referencyjne dla pediatrii	
980	5.06.00.0000980	hospitalizacja dziecka w celu diagnostyki układu krążenia z badaniami inwazyjnymi - planowe	200																						X																						X		X		nie obejmuje kosztów badań	
981	5.06.00.0000981	hospitalizacja dzieci w celu leczenia kardiologicznego interwencyjnego przezskórnego wady serca - planowe	250																						X																						X		X		nie obejmuje kosztów procedury interwencyjnej	
982	5.06.00.0000982	hospitalizacja celem diagnostyki i leczenia noworodka z zaburzeniami rytmu serca lub inną patologią układu krążenia	350																						X																						X					
983	5.06.00.0000983	zaburzenia rytmu serca i/ lub omdlenia u dzieci (bez badań inwazyjnych) - leczenie, diagnostyka	220																						X											X											X					
984	5.06.00.0000984	wymiana u dzieci rozrusznika serca z zastosowaniem układu nasierdziowego	1300																						X																						X	X	X			
985	5.06.00.0000985	wymiana u dzieci rozrusznika serca z zastosowaniem układu endokawitarnego	850																						X																						X	X	X			
986	5.06.00.0000986	wszczepienie u dzieci układu stymulującego serce jednojamowego z zastosowaniem układu endokawitarnego	900																						X																						X	X	X			
987	5.06.00.0000987	wszczepienie u dzieci układu stymulującego serce dwujamowego z zastosowaniem układu endokawitarnego	1000																						X																						X	X	X			
988	5.06.00.0000988	wszczepienie u dzieci układu stymulującego serce jednojamowego z zastosowaniem układu nasierdziowego	1350																						X																						X	X	X			
989	5.06.00.0000989	wszczepienie u dzieci układu stymulującego serce dwujamowego z zastosowaniem układu nasierdziowego	1450																						X																						X	X	X			
990	5.06.00.0000990	inwazyjna diagnostyka elektrofizjologiczna u dzieci	900																						X																						X	X	X			
991	5.06.00.0000991	infekcyjne powikłania patologii ukłądu krążenia u dzieci	1100																						X																						X		X			
992	5.06.00.0000992	infekcyjne powikłania patologii ukłądu krążenia u dzieci pobyt powyżej 4 tygodni	40																						X																						X		X		za osobodzień	
993	5.06.00.0000993	niewydolność serca lub hipoksja u dzieci z patologią układu krążenia	500																						X																						X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
994	5.06.00.0000994	niewydolność serca lub hipoksja u dzieci z patologią układu krążenia powyżej 2 tygodni	40																						X																						X				za osobodzień	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
995	5.06.00.0000995	inwazyjna diagnostyka elektrofizjologiczna i ablacja zwykła u dzieci	1100																						X																						X	X	X			
996	5.06.00.0000996	inwazyjna diagnostyka elektrofizjologiczna i ablacja złożona u dzieci	1500																						X																						X	X	X			
997	5.06.00.0000997	kamica układu moczowego - diagnostyka, leczenie zachowawcze	80					X			X					X										X										X					X	X	X			X	X					
998	5.06.00.0000998	uzupełnienie niedoborów u przewlekle dializowanych - leczenie	70																							X										X											X					
999	5.06.00.0000999	zakażenie układu moczowego bez zajęcia nerek ostre - leczenie	90					X								X										X										X					X	X	X				X					

1000	5.06.00.0001000	zakażenie układu moczowego przewlekłe - diagnostyka (cystouretrografia mikcyjna i/ lub scyntygrafia mikcyjna nerek), leczenie	90					X								X										X										X					X	X				X	X					
1001	5.06.00.0001001	glomerulopatia pierwotna bez zespołu nerczycowego - diagnostyka, leczenie	150													X										X										X											X					
1002	5.06.00.0001002	zatrucie lekkie pojedynczym lekiem/ lekami mieszanymi/ lekami i alkoholem/ etanolem/ roślinami, grzybami, jadami zwierzęcymi/ zespoły odstawienne - diagnostyka, leczenie	150													X	X								X											X			X				X				X		X		zgodnie z załacznikiem nr 11 do materiałów informacyjnych	
1003	5.06.00.0001003	powikłania dializoterapii przewlekłe nieinfekcyjne, w tym opornej hiperfosfatemii - diagnostyka, leczenia	160																							X										X											X					
1004	5.06.00.0001004	niewydolność nerek - przygotowanie do leczenia nerkozastępczego z wytworzeniem stałego dostępu naczyniowego do hemodializ z użyciem cewnika Permcath	180					X			X															X										X											X					
1005	5.06.00.0001005	ostre odrzucanie przeszczepu lub ostra choroba przeszczep przeciw gospodarzowi - diagnostyka, leczenie opornego odrzucania ATG lub OKT3 (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia od wykonania przeszczepu)	1200																			X										X								X							X		X		- nie obejmuje kosztów leczenia immunosupresyjnego, które jest rozliczane w ramach terapeutycznego programu lekowego - nie więcej niż 10% chorych po przeszczepie leczonych w danym ośrodku	
1006	5.06.00.0001006	przewlekłe odrzucanie przeszczepu lub przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi - diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu)	200																			X										X								X							X		X		nie obejmuje kosztów leczenia immunosupresyjnego, które jest rozliczane w ramach terapeutycznego programu lekowego	
1007	5.06.00.0001007	niewydolność nerek przewlekła - diagnostyka, leczenie	120													X										X										X						X				X		X		warunki referencyjne dla pediatrii i chorób wewnętrznych	
1008	5.06.00.0001008	cewkowo-śródmiąższowe niebakteryjne zapalenie nerek ostre - diagnostyka, leczenie	150																							X										X											X					
1009	5.06.00.0001009	glomerulopatia wtórna bez zespołu nerczycowego - diagnostyka, leczenie	200																							X										X											X					
1010	5.06.00.0001010	niewydolność nerek - przygotowanie do leczenia nerkozastępczego z wytworzeniem czasowego dostępu naczyniowego	200																							X										X											X					
1011	5.06.00.0001011	cewkowo-śródmiąższowe bakteryjne zapalenie nerek ostre - diagnostyka, leczenie	200														X									X										X											X					
1012	5.06.00.0001012	powikłania dializoterapii przewlekłe infekcyjne - diagnostyka, leczenia	240																							X										X											X					
1013	5.06.00.0001013	zatrucie lekkie rozpuszczalnikami organicznymi, chlorowcopochodnymi węglowodorów/ substancjami żrącymi, mydłami, detergentami/ metalami, innymi substancjami nieorganicznymi/ tlenkiem węgla, innymi gazami, dymami i parami/ pestycydami	200													X																				X			X								X		X		zgodnie z załacznikiem nr 11 do materiałów informacyjnych	
1014	5.06.00.0001014	inne i nieokreślone skutki działania czynników toksycznych (postać lekka) - diagnostyka, leczenie	200													X																				X			X								X		X		zgodnie z załącznikiem nr 11 do materiałów informacyjnych	
1015	5.06.00.0001015	cewkowo-śródmiąższowe bakteryjne zapalenie nerek przewlekłe - diagnostyka, leczenie	220																							X										X											X					
1016	5.06.00.0001016	powikłania dializoterapii ostre nieinfekcyjne - diagnostyka, leczenie	240																							X										X											X					
1017	5.06.00.0001017	powikłania dializoterapii ostre infekcyjne- diagnostyka, leczenie	240																							X																					X					
1018	5.06.00.0001018	cewkowo-śródmiąższowe niebakteryjne zapalenie nerek przewlekłe - diagnostyka, leczenie	240																							X										X											X					
1019	5.06.00.0001019	niewydolność nerek ostra - diagnostyka, leczenie	300													X										X										X											X					
1020	5.06.00.0001020	naczyniowe schorzenia nerek - diagnostyka i leczenie	280							X																X										X											X					

1021	5.06.00.0001021	powikłania infekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku - diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu)	600																			X				X						X				X				X						X	X		X		nie obejmuje kosztów leczenia immunosupresyjnego, które jest rozliczane w ramach terapeutycznego programu lekowego	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1022	5.06.00.0001022	niewydolność nerek gwałtownie postępująca - diagnostyka, leczenie	300																							X										X											X					
1023	5.06.00.0001023	powikłania nieinfekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku - diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu)	300																			X				X						X								X							X		X		nie obejmuje kosztów leczenia immunosupresyjnego, które jest rozliczane w ramach terapeutycznego programu lekowego	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1024	5.06.00.0001024	zatrucie średnie lekami mieszanymi/ lekami i etanolem/glikolem/ metanolem/ rozpuszczalnikami organicznymi, chlorowcopochodnymi węglowodorów/ substancjami żrącymi, mydłami, detergentami/ metalami, innymi substancjami nieorganicznymi/ tlenkiem węgla,	350													X																										X			X								X		X		zgodnie z załacznikiem nr 11 do materiałów informacyjnych	
1025	5.06.00.0001025	hospitalizacja związana z graftektomią - diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu	300																																							X							X		X		nie obejmuje kosztów leczenia immunosupresyjnego, które jest rozliczane w ramach terapeutycznego programu lekowego	
1026	5.06.00.0001026	zatrucie ciężkie lekami mieszanymi/ lekami rozpuszczalnikami organicznymi, chlorowcopochodnymi węglowodorów/ substancjami żrącymi, mydłami, detergentami/ metalami, innymi substancjami nieorganicznymi/ tlenkiem węgla, innymi gazami, dymami i parami/ pestycydami - diagnostyka, leczenie	400													X																										X			X								X		X		zgodnie z załącznikiem nr 11 do materiałów informacyjnych	
1027	5.06.00.0001027	inne i nieokreślone skutki działania czynników toksycznych, przebiegające z utratą przytomności, obrzękiem mózgu, niewydolnością układu krążenia i/ lub oddechowego, uszkodzeniem narządów miąższowych (postać ciężka) - diagnostyka, leczenie	400					X																																		X								X		X		zgodnie z załącznikiem nr 11 do materiałów informacyjnych	
1028	5.06.00.0001028	zatrucie ciężkie roślinami, grzybami, jadami zwierzęcymi i innymi ksenobiotykami - diagnostyka, leczenie	700													X																										X			X								X		X		zgodnie z załącznikiem nr 11 do materiałów informacyjnych	
1029	5.06.00.0001029	endoprotezoplastyka pierwotna łokcia, barku, nadgarstka, stawu skokowo-goleniowego, częściowa kolana	400																													X													X	X	X	X	nie obejmuje kosztów wyrobu medycznego (endoprotezy); konieczne przedstawienie rachunku/ faktury	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1030	5.06.00.0001030	odbarczenie operacyjne pierwotne rdzenia kręgowego u chorych z para/ tetraplegią lub para/ tetraparezą - ze stabilizacją implantami z leczeniem do czasu przeniesienia na oddział rehabilitacji	1200																								X					X													X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (implantu)	
1031	5.06.00.0001031	operacja korekcyjna i spondylodeza kręgosłupa ze stabilizacją przednią i/lub tylną po uprzednim uwolnieniu i przygotowaniu za pomocą wyciągu bezpośredniego czaszkowo-udowego	2400																													X													X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (implantu)	
1032	5.06.00.0001032	endoprotezoplastyka pierwotna połowicza biodra	400																													X													X			X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (endoprotezy)	
1033	5.06.00.0001033	endoprotezoplastyka pierwotna stawów w obrębie ręki - jednego stawu	110																													X													X		X	X	obejmuje koszt wyrobów medycznych (endoprotez)	
1034	5.06.00.0001034	endoprotezoplastyka rewizyjna biodra, kolana częściowa (wymiana jednego elementu, np głowy lub głowy z trzpieniem) w: uszkodzeniu, aseptycznym obluzowaniu lub po wcześniejszym usunięciu wszczepu - z użyciem przeszczepów kostnych i/ lub siatki i/ lub koszyka	1000																													X													X		X	X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (wymienianego elementu endoprotezy)	

1035	5.06.00.0001035	resekcja nowotworu złośliwego lub zmian guzowatych zlokalizowanych w obrębie kończyny dolnej i obręczy biodrowej z rekonstrukcją stawu przy użyciu endoprotezy lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych	800																															X													X	X	X	X	nie obejmuje kosztów wyrobu medycznego (endoprotezy); konieczne przedstawienie rachunku/ faktury	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1036	5.06.00.0001036	endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra, kolana z koniecznością rekonstrukcji kostnej przy użyciu przeszczepów kostnych i/ lub "koszyka"	1500																															X													X		X	X	obejmuje koszt wyrobów medycznych (endoprotez i innych wszczepów)	
1037	5.06.00.0001037	endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana, bezcementowa biodra	920																															X													X		X	X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (endoprotezy)	
1038	5.06.00.0001038	endoprotezoplastyka pierwotna całkowita cementowa, bipolarna biodra	650																															X													X		X	X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (endoprotezy)	
1039	5.06.00.0001039	endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita biodra, kolana (wymiana obu elementów) w: uszkodzeniu, aseptycznym obluzowaniu lub po wcześniejszym usunięciu protezy, z użyciem przeszczepów kostnych i/ lub siatki, i/ lub "koszyka"	1600																															X													X		X	X	obejmuje koszt wyrobów medycznych (endoprotez i innych wszczepów)	
1040	5.06.00.0001040	operacja korekcyjna i spondylodeza kręgosłupa w skoliotycznej/ kyfoitycznej deformacji jednołukowej z dostępu przedniego lub tylnego z użyciem implantu do korekcji trójpłaszczyznowej	1650																															X													X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (implantu)	
1041	5.06.00.0001041	operacja korekcyjna i spondylodeza kręgosłupa w skoliotycznej deformacji dwułukowej z dostępu przedniego lub tylnego z użyciem implantu do korekcji trójpłaszczyznowej	2000																															X													X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (implantu)	
1042	5.06.00.0001042	operacja korekcyjna i spondylodeza kręgosłupa w deformacji w przebiegu skolioz nerwowo - mięśniowych z dostępu przedniego lub tylnego z użyciem implantu do korekcji trójpłaszczyznowej	3000																															X													X	X	X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (implantu)	
1043	5.06.00.0001043	noworodek zdrowy	80																							X											X									X		1			nie można sumować z żadnym świadczeniem
1044	5.06.00.0001044	noworodek wymagający sztucznej wentylacji i intensywnej terapii - każda następna doba	100																							X																				X		1	X	za każdą pełną dobę sztucznej wentylacji	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1045	5.06.00.0001045	hiperbilirubinemia wymagająca fototerapii	40																					X		X									X						X					X		1		poziom bilirubiny: krew pępowinowa > 2,5 mg/dl, krew żylna 1 doba >5 mg/dl, 2 doba >12 mg/dl, 3 doba >15 mg/dl	można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1046	5.06.00.0001046	noworodek wymagający transportu N do wysokospecjalistycznego oddziału	80																							X																				X		1			nie można sumować z żadnym świadczeniem
1047	5.06.00.0001047	niezakaźne zmiany skórne trwające dłużej niż 3 doby lub zaburzenia adaptacyjne w pierwszych 48 godzinach życia noworodka z masą ciała poniżej 2000 g	80																					X		X																				X		1		zaburzenia termoregulacji wymagające umieszczenia noworodka w inkubatorze przez pierwsze 48 godzin, przejściowe zaburzenia oddychania wymagające stosowanie tlenoterapii biernej, obwodowe zaburzenia krążenia, zaburzenia napięcia mięśniowego; noworodek wymagający badań poziomu glikemii, elektrolitów, morfologii, przez pierwsze dwie doby oznaczania co godzinę równowagi kwasowo-zasadowej, stałego monitorowania parametrów życiowych	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1048	5.06.00.0001048	choroby zapalne układu krążenia u dzieci	580																					X																						X		X			
1049	5.06.00.0001049	przewodozależna wada serca u noworodka	400																			X		X		X																				X		2		wymaga podawania alprostadylu do czasu zabiegu	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi

1050	5.06.00.0001050	noworodek wymagający resuscytacji i wspomagania oddechu z zaburzeniami metabolicznymi	20																							X																			X		1		dotyczy noworodka bezpośrednio po urodzeniu	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1051	5.06.00.0001051	noworodek z masą ciała 2 000 - 2 500 g	160																							X																			X		1			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1052	5.06.00.0001052	noworodek wymagający diagnostyki w kierunku infekcji bakteryjnej, wirusowej, grzybiczej (bez stosowania metody PCR)	40																							X																			X		1		konieczne wykonanie pakietu badań diagnostycznych (morfologia krwi z rozmazem, oznaczenie poziomu białka, CRP, posiew krwi i/ lub moczu i/ lub płynu mózgowo-rdzeniowego z antybiogramem)	można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1053	5.06.00.0001053	zakażenie dotyczące uszu, spojówek, skóry, pępka - diagnostyka i leczenie	60																							X																			X		1			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1054	5.06.00.0001054	noworodek wymagający sztucznej wentylacji i intensywnej terapii - pierwsza doba	240																							X																			X		1			nie można sumować z żadnym świadczeniem w okresie prowadzenia sztucznej wentylacji
1055	5.06.00.0001055	noworodek matki z chorobą tarczycy, wadą serca, SM w okresie zaostrzenia, niewydolnością nerek, zespołem antyfosfolipidowym	160																							X																			X		2		noworodek wymagający poszerzonej diagnostyki w związku z chorobą matki w czasie ciąży	nie można sumować z żadnym świadczeniem
1056	5.06.00.0001056	odma opłucnowa lub płyn w jamie opłucnej - diagnostyka i leczenie	120																							X																			X		2			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1057	5.06.00.0001057	cholestaza - diagnostyka i leczenie	300																							X																			X		2			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1058	5.06.00.0001058	immunoprofilaktyka, diagnostyka, monitorowanie noworodka matki z udokumentowaną i potwierdzoną wynikami stosownych badań chorobą w okresie okołoporodowym, stanowiącą dla niego istotne zagrożenie ciężkich powikłań (TORCH, zakażenie wewnątrzmaciczne)	160																							X																			X		1			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1059	5.06.00.0001059	noworodki wymagające diagnostyki w kierunku infekcji bakteryjnej, wirusowej, grzybiczej (z wykorzystaniem metody PCR i innych wysokospecjalistycznych badań)	120																					X		X																			X		2		konieczne wykonanie pakietu badań diagnostycznych (morfologia krwi z rozmazem, oznaczenie poziomu białka, CRP, posiew krwi i/ lub moczui/ lub płynu mózgowo-rdzeniowego z antybiogramem i badań wysokospecjalistycznych)	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1060	5.06.00.0001060	noworodek matki chorej na cukrzycę	160																							X																			X		2			nie można sumować z żadnym świadczeniem
1061	5.06.00.0001061	zaburzenia neurologiczne (wodogłowie, krwawienia dokomorowe, drgawki, encefalopatie II° i III° w skali Sarnat)	300																							X																			X		2		z wyłączeniem drgawek spowodowanych hipoglikemią i dyselektrolitemią	można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1062	5.06.00.0001062	pierwotne zaburzenia hematologiczne u noworodka (niedokrwistość, leukopenia, trombocytopenia, leukocytoza, zaburzenia krzepnięcia w tym obrzęk uogólniony)	250																					X		X																			X		2		w przypadkach: - przedwczesnego oddzielenia łożyska lub innego krwotoku u matki i/ lub innej utraty krwi, - zakażenia wewnątrzmacicznego, - transfuzji płodowo-płodowej (płód dawca), - konfliktu serologicznego, - chorób wrodzonych przebiegających z aplazją lub hipoplazją szpiku	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1063	5.06.00.0001063	noworodek z masą ciała 1 500 - 2 000 g	240																							X																			X		2			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi

1064	5.06.00.0001064	pierwotne zaburzenia hematologiczne u noworodka (niedokrwistość, leukopenia, trombocytopenia, leukocytoza, zaburzenia krzepnięcia) leczone preparatami krwi	280																						X		X																				X		2		w przypadkach: - przedwczesnego oddzielenia łożyska lub innego krwotoku u matki i/ lub innej utraty krwi, - zakażenia wewnątrzmacicznego, - transfuzji płodowo-płodowej (płód dawca), - konfliktu serologicznego, - chorób wrodzonych przebiegających z aplazją lub hipoplazją szpiku	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1065	5.06.00.0001065	posocznica u noworodka	450					X																	X		X																				X		3			można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1066	5.06.00.0001066	PDA - wymagający leczenia chirurgicznego	770					X																																							X		X			
1067	5.06.00.0001067	zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wymagające diagnostyki, kilkutygodniowej terapii antybiotykami, wielokrotnych nakłuć - bez konieczności stosowania sztucznej wentylacji	400																								X																				X		3			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1068	5.06.00.0001068	zapalenie płuc wymagające sztucznej wentylacji	300																								X																				X		2			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1069	5.06.00.0001069	kompleksowa diagnostyka wad wrodzonych	400																						X		X																				X		3		konieczne wykonanie przynajmniej: - panelu badań cytogenetycznych (nie mniej niż 3), - jednego z badań obrazowych (CT, NMR)	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1070	5.06.00.0001070	transfuzja wymienna u noworodka	450																								X																				X		2			można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1071	5.06.00.0001071	noworodek z masą ciała 1 000 - 1 500 g	300																								X																				X		3			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1072	5.06.00.0001072	noworodek z urodzeniową masą ciała < 1000 g: leczony do 9 dni (za każdą dobę)	100																								X																				X		3			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1073	5.06.00.0001073	zespół aspiracji smółki	500																								X																				X		3			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1074	5.06.00.0001074	NEC nie wymagający zabiegu operacyjnego z całkowitym żywieniem parenteralnym drogą naczyń centralnych lub obwodowych	500																						X		X																				X		2			można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1075	5.06.00.0001075	noworodek z urodzeniową masą ciała < 1000 g	20																								X																				X		3		leczony powyżej 9 dni (za 10 i każdą następną dobę)	można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1076	5.06.00.0001076	noworodek z urazem okołoporodowym nie wymagający intensywnej terapii	200																								X																				X		2		- z wyłączeniem złamania obojczyka, krwiaka podokostnowego; - konieczne postępowanie diagnostyczno-lecznicze (diagnostyka obrazowa)	nie można sumować z żadnym świadczeniem
1077	5.06.00.0001077	padaczka (kolejny napad padaczkowy w życiu) - diagnostyka podstawowa, leczenie	60																										X	X						X											X					
1078	5.06.00.0001078	drgawki - diagnostyka, leczenie	60												X														X	X						X							X				X					
1079	5.06.00.0001079	zespół bólowy/ zawroty głowy - diagnostyka podstawowa, leczenie zachowawcze	80				X								X														X	X					X	X							X				X					
1080	5.06.00.0001080	inne choroby neurologiczne - stany nagłe - w tym pourazowe, omdlenia i zapaść - diagnostyka podstawowa, leczenie	80												X														X	X						X							X				X					
1081	5.06.00.0001081	zewnątrzrdzeniowy guz kanału kręgowego	550																									X																			X					
1082	5.06.00.0001082	TIA - diagnostyka podstawowa, leczenie	140												X												X	X	X													X				X					

1083	5.06.00.0001083	udar mózgu - diagnostyka podstawowa, leczenie (do 3 dni)	80													X													X	X												X				X					
1084	5.06.00.0001084	krwotok podpajęczynówkowy - diagnostyka (TK, NMR, USG Doppler przezczaszkowe - nie mniej niż 2 badania z wymienionych), leczenie zachowawcze przed przekazaniem na zabieg operacyjny	220					X								X												X	X	X																X					
1085	5.06.00.0001085	choroby demielinizacyjne (kolejny rzut) - diagnostyka, leczenie	230																										X	X																X					
1086	5.06.00.0001086	udar mózgu - diagnostyka rozszerzona (TK/ NMR, USG Doppler, Holter EKG, echo serca, badania w kierunku koagulopatii - minimum 3 badania) leczenie do 3 dni	150													X													X	X												X				X		X			
1087	5.06.00.0001087	zespół bólowy/ zawroty głowy - diagnostyka (TK/ NMR, badania naczyniowe, USG Doppler), leczenie zachowawcze	200				X									X												X	X	X					X								X				X					
1088	5.06.00.0001088	stan padaczkowy lub napady gromadne - leczenie	200																										X	X						X										X					
1089	5.06.00.0001089	padaczka (pierwszy napad padaczkowy w życiu) - diagnostyka rozszerzona (TK/ NMR, przepływy naczyniowe, video-EEG - nie mniej niż 2 badania z wymienionych), leczenie	280																									X	X	X						X						X				X					
1090	5.06.00.0001090	choroby demielinizacyjne - pobyt pierwszorazowy z pełną diagnostyką (NMR), leczenie	300																										X	X																X					
1091	5.06.00.0001091	TIA - diagnostyka rozszerzona (NMR/ TK, USG Doppler, echo serca, Holter EKG, badania w kierunku koagulopatii), leczenie (nie mniej niż 3 badania z wymienionych)	280													X													X	X												X				X					
1092	5.06.00.0001092	choroby zapalne OUN (wirusowe zapalenie opon) - diagnostyka, leczenie	350																										X	X						X										X					
1093	5.06.00.0001093	padaczka lekooporna - diagnostyka (NMR/ TK, video EEG, Holter EEG), leczenie (min 2 badania z wymienionych)	600																										X	X																X		X	X		
1094	5.06.00.0001094	choroba nerwowo-mięśniowa - diagnostyka rozszerzona (EMG i bad. płynu m.-rdz. i CT lub NMR), leczenie	400																										X	X																X		X	X		
1095	5.06.00.0001095	spondyloartropatie seronegatywne - diagnostyka wraz z leczeniem	150																																		X									X					
1096	5.06.00.0001096	choroby wywołane przez kryształy (w tym dna moczanowa, chondrokalcynoza, choroba spowodowana odkładaniem się hydroksyapatytów) - leczenie fazy ostrej	200													X																					X					X				X					
1097	5.06.00.0001097	wszczepienie defibrylatora jednojamowego z co najmniej dwukrotnym skróconym badaniem EPS	2700																						X	X																				X	X	X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (defibrylatora)	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1099	5.06.00.0001099	wymiana defibrylatora jednojamowego z co najmniej dwukrotnym skróconym badaniem EPS	2550																						X	X																				X	X	X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (defibrylatora)	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1101	5.06.00.0001101	wszczepienie rozrusznika serca jednojamowego	500																						X	X																				X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (rozrusznika)	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1102	5.06.00.0001102	wszczepienie rozrusznika serca dwujamowego DDD/ VDD	600																						X	X																				X		X	X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (rozrusznika)	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1103	5.06.00.0001103	wymiana rozrusznika serca jednojamowego	380																						X	X																				X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1104	5.06.00.0001104	wymiana rozrusznika serca dwujamowego DDD/VDD	530																						X	X																				X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1105	5.06.00.0001105	koronaroplastyka balonowa bez użycia stentów	350																							X																				X		X		zawiera diagnostykę z koronarografią	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1106	5.06.00.0001106	koronaroplastyka jednonaczyniowa z zastosowaniem stentu	550																							X																				X		X	X	zawiera diagnostykę z koronarografią i koszty wyrobu medycznego (stentu)	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1107	5.06.00.0001107	koronaroplastyka złożona (dwu/ trzynaczyniowa) z zastosowaniem stentów	800																							X																				X		X	X	zawiera diagnostykę z koronarografią i koszty wyrobów medycznych (stentów)	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1108	5.06.00.0001108	wady wrodzone serca - interwencyjne zabiegi kardiologiczne u dorosłych, w tym walwuloplastyka mitralna	2000																						X	X																				X	X	X	X		można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1109	5.06.00.0001109	gorączka reumatyczna (w wieku rozwojowym i u dorosłych) - leczenie okresu zaostrzenia	250																								X											X	X									X				warunki referencyjne dla pediatrii	

1110	5.06.00.0001110	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - diagnostyka wraz z leczeniem	250																																	X	X										X		X		warunki referencyjne dla pediatrii	
1111	5.06.00.0001111	reumatoidalne zapalenie stawów o przebiegu agresywnym (powikłane zapaleniem naczyń, amyloidozą i innymi zmianami narządowymi, zespół Felty'ego) - leczenie fazy ostrej	560																																		X						X				X		X			
1112	5.06.00.0001112	zatrucie ciężkie pojedynczym lekiem/ glikolem/ metanolem/. ciężkie zespoły odstawienne - diagnostyka, leczenie	500													X																				X			X								X		X		zgodnie z załacznikiem nr 11 do materiałów informacyjnych	
1113	5.06.00.0001113	padaczka (pierwszy napad padaczkowy w życiu) - leczenie (krótki pobyt przed przekazaniem do oddziału specjalistycznego)	70													X																				X											X					
1114	5.06.00.0001114	diagnostyka niedokrwistości	100								X					X									X											X	X						X				X					
1115	5.06.00.0001115	diagnostyka i leczenia zaburzeń pamięci i zespołów otępiennych	70													X													X														X				X					
1116	5.06.00.0001116	diagnostyka zaburzeń świadomości, zaburzeń zachowania, zespołów depresyjnych (bez tendencji samobójczych)	70																																								X				X					
1117	5.06.00.0001117	zespół dehydratacji i/ lub dyselektrolitemii w okresie niewyrównania	80													X																				X							X				X					
1118	5.06.00.0001118	diagnostyka spadku wagi ciała	80													X											X																X				X		1		w neonatologii w przypadku spadku powyżej 10% masy urodzeniowej	
1119	5.06.00.0001119	hipotonia ortostatyczna, poposiłkowa	70													X																				X							X				X					
1120	5.06.00.0001120	łysienie bliznowaciejące - leczenie okresu zaostrzeń	160													X		X																													X					
1121	5.06.00.0001121	choroby metaboliczne kości - leczenie okresu zaostrzenia	140																																		X										X					
1122	5.06.00.0001122	choroba Stilla u dorosłych - leczenie ostrej fazy	180																																		X										X					
1123	5.06.00.0001123	manifestacja ze strony OUN w przebiegu układowych chorób tkanki łącznej	120																																		X										X					
1124	5.06.00.0001124	choroby tkanki łącznej w wieku rozwojowym i u dorosłych (w tym toczeń rumieniowaty trzewny, twardzina, zapalenie wielomięśniowe i skórnomięśniowe, zespół suchości, zapalenie wielochrzęstne, zespół Bechceta, zespoły nakładania zapalenia naczyń) - diagnostyka wraz z leczeniem w okresie zaostrzeń	350															X																					X						X	X			X					
1125	5.06.00.0001125	zespół antyfosfolipidowy pierwotny trombofilie (zespół antyfosfolipidowy pierwotny, niedobór AT III, czynnik V Leiden, niedobór białka S, niedobór białka C) - leczenie okresu zaostrzeń	200			X										X																					X										X					
1126	5.06.00.0001126	olbrzymiokomórkowe zapalenia tętnic - leczenie fazy ostrej	200			X										X																					X						X				X					
1127	5.06.00.0001127	wycięcie nerki z powodu urazu	250					X		X	X																											X			X	X					X					
1128	5.06.00.0001128	rekonstrukcja stawu i gałęzi żuchwy w wadach wrodzonych (z kosztem implantów, ewentualny przeszczep z biodra)	850										X	X																																	X		X			
1129	5.06.00.0001129	modelowanie i powiększanie czaszki	450										X																																		X		X			
1130	5.06.00.0001130	osteotomia korekcyjna szczęki Modo le Fort III	850										X	X																																	X					
1131	5.06.00.0001131	rozdzielenie palcozrostu bez/lub z przeszczepem skóry	120					X					X																																	X	X					
1132	5.06.00.0001132	rekonstrukcja piersi wolnym płatem tkankowym z połączeniem mikrochirurgicznym	650								X	X	X																									X								X	~~X~~	X	X		
1133	5.06.00.0001133	operacja ginekomastii	90					X			X	X	X																																	X	X					
1134	5.06.00.0001134	rekonstrukcja piersi ekspanderoprotezą z kosztem protezy	520									X	X																																		X		X	X		
1135	5.06.00.0001135	wycięcie dużego znamienia barwnikowego/ naczyniaka krwionośnego z przeszczepem skóry	120					X		X	X	X	X																																	X	X					
1136	5.06.00.0001136	oparzenia inhalacyjne z zatruciem CO oraz cyjankami	2000								X		X																																		X		X			
1137	5.06.00.0001137	oparzenia elektryczne wysokonapięciowe powikłane (np. amputacje i/ lub wymagajace OAiIT)	2200					X					X																																		X		X			
1138	5.06.00.0001138	inne i nieokreślone skutki działania czynników toksycznych przebiegające z utratą przytomności, uszkodzeniem narządów miąższowych (postać średnia) - diagnostyka, leczenie	300																																			X								X				zgodnie z załącznikiem nr 11 do materiałów informacyjnych	
1139	5.06.00.0001139	zatrucie ciężkie etanolem. metalami, innymi substancjami nieorganicznymi, pestycydami - diagnostyka, leczenie	400													X																				X			X								X		X		zgodnie z załącznikiem nr 11 do materiałów informacyjnych	

1140	5.06.00.0001140	zatrucie średnie etanolem, pestycydami, roślinami, grzybami, jadami zwierzęcymi-diagnostyka.leczenie	280													X																				X			X								X		X		zgodnie z załącznikiem nr 11 do materiałów informacyjnych	
1141	5.06.00.0001141	zamknięcie przetoki moczowodowo-pęcherzowej	250					X																																				X					X				
1142	5.06.00.0001142	wrodzone zarośnięcie dróg żółciowych (hepatoportoenterostomia)	990					X																																									X		X			
1143	5.06.00.0001143	rekonstrukcja warg sromowych i/ lub łechtaczki (nie dotyczy operacji zmian płci)	300					X					X																										X				X						X		X			
1144	5.06.00.0001144	rekonstrukcja sromu jednoczasowa (nie dotyczy operacji zmian płci)	500					X					X																										X							X		X		X			
1145	5.06.00.0001145	wszczepienie protezy jądra jednostronne	150					X				X	X																												X	X						X				obejmuje koszt wyrobu medycznego (protezy)	
1146	5.06.00.0001146	wszczepienie protezy jądra obustronne	230					X				X	X																												X	X						X				obejmuje koszt wyrobu medycznego (protezy)	
1147	5.06.00.0001147	wrodzony kręcz szyi - leczenie chirurgiczne	330				|X|																																							|X|				
1148	5.06.00.0001148	torakoplastyka	650					X	X																																								X					
1149	5.06.00.0001149	mioplastyka w zabiegach rekonstrukcyjnych w obrębie klatki	750						X																																							X		X			
1150	5.06.00.0001150	mediastinotomia diagnostyczna	300						X																																							X					można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1151	5.06.00.0001151	mediastinotomia odbarczająca	250						X																																							X					można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1152	5.06.00.0001152	grzybniak kropidlakowy płuc leczenie operacyjne	800						X																																							X					
1153	5.06.00.0001153	cholangioskopia diagnostyczno zabiegowa	215								X	X				X						X																									X	X		X	X		
1154	5.06.00.0001154	diagnostyka i leczenie chorego z niewydolnością serca w okresie kwalifikacji do przeszczepu serca	120																																			X							X	X		X		dotyczy pacjentów nie zakwalifikowanych do przeszczepu po wykonaniu badań	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1155	5.06.00.0001155	diagnostyka i leczenie chorego z niewydolnością wątroby w okresie kwalifikacji do przeszczepu wątroby	300																																			X								X		X		dotyczy pacjentów nie zakwalifikowanych do przeszczepu po wykonaniu badań	
1156	5.06.00.0001156	wstępna diagnostyka potencjalnego dawcy żywego nerki lub wątroby	60																						X														X							X	X		X			
1157	5.06.00.0001157	leczenie chirurgiczne raka połączenia przełykowo-żołądkowego	1100					X	X		X	X																																			X		X			
1158	5.06.00.0001158	nietrzymanie moczu wysiłkowe - operacje pochwowa lub nadłonowa bez użycia taśmy, po uprzednim przeprowadzeniu badania urodynamicznego kompleksowego	220																																		X			X	X			X	X	X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1159	5.06.00.0001159	krwiak przymózgowy - ewakuacja	400					X			X																	X																			X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1161	5.06.00.0001161	niedobór odporności - ciężki, skojarzony - leczenie bez przeszczepu szpiku kostnego	25																																							X			X		X		za osobodzień	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1162	5.06.00.0001162	niedobór odporności - powikłany stanami zapalnymi	20														X					X										X					X							X			X		X		za osobodzień	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1163	5.06.00.0001163	niedobór odporności - z towarzyszącą neutropenią	12														X					X										X					X							X			X		X		za osobodzień	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1164	5.06.00.0001164	operacyjne usunięcie ogniska padaczkorodnego	530																								X																			X		X			
1165	5.06.00.0001165	operacyjne odbarczenie korzeni w odcinku lędźwiowym kręgosłupa	480																								X																			X				nie dotyczy zabiegów termolezji, kriolezji i neurolizy chemicznej"	
1166	5.06.00.0001166	operacyjne usuwanie guzów nerwów obwodowych	400																								X																			X					
1167	5.06.00.0001167	zatrucie jadem kiełbasianym	150														X																														X			X	nie obejmuje kosztów podanej antytoksyny botulinowej; do rozliczenia konieczne potwierdzenie fakturą zastosowania antytoksyny botulinowej	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1168	5.06.00.0001168	bąblowica jednojamowa narządowa - diagnostyka różnicowa	140														X																														X					

1169	5.06.00.0001169	glomerulopatia pierwotna z zespołem nerczycowym - diagnostyka, leczenie	280													X										X										X											X					
1170	5.06.00.0001170	glomerulopatia wtórna z zespołem nerczycowym - diagnostyka, leczenie	350													X										X										X											X					
1171	5.06.00.0001171	choroby tkanki łącznej w wieku dorosłym, (toczeń rumieniowaty trzewny, twardzina, zapalenie skórno mięśniowe) - leczenie ostrej fazy	400															X																				X						X				X					
1172	5.06.00.0001172	zespół antyfosfolipidowy wtórny - leczenie ostrej fazy	300													X		X																				X										X					
1173	5.06.00.0001173	liposukcja w obrzękach limfatycznych kończyn górnych po operacjach onkologicznych	200										X																																						X					
1174	5.06.00.0001174	rekonstrukcja prącia - operacja jednoczasowa po urazach i zabiegach onkologicznych	500										X																													X						X					
1175	5.06.00.0001175	oparzenia termiczne i chemiczne górnych i dolnych dróg oddechowych	3000										X																																						X					
1176	5.06.00.0001176	hospitalizacja w celu wykonania planowej koronarografii	30																					X																										X		X		za osobodzień	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1177	5.06.00.0001177	hospitalizacja w celu wykonania planowej koronaroplastyki lub plastyki pomostów aortalno-wieńcowych	30																					X																										X		X		za osobodzień	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1178	5.06.00.0001178	wycięcie guza układu komorowego	750																									X																				X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1179	5.06.00.0001179	zakażenia układu moczowego u noworodka	200																						X		X																				X		1		konieczna: - diagnostyka (bakteriologiczna, USG), - antybiotykoterapia (nie krócej niż 7 dni)	można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1180	5.06.00.0001180	zapalenie płuc niepowikłane	140	X											X	X											X									X						X				X		1		warunki referencyjne dotyczą neonatologii	można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1181	5.06.00.0001181	świadczenie skreślone - niedrożność przewodu pokarmowego bez leczenia chirurgicznego z żywieniem parenteralnym																																																				
1182	5.06.00.0001182	bezdech - diagnostyka różnicowa	80																								X																				X		2			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1183	5.06.00.0001183	zaburzenia rytmu i/ lub zapalenie mięśnia sercowego - diagnostyka, leczenie	500																						X		X																				X		3			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1184	5.06.00.0001184	zaburzenia czynnościowe przewodu pokarmowego (reflux lub inne udokumentowane)	70																								X																				X		2		- wymagane wykluczenie innych przyczyn refluksu, - konieczne badanie USG i monitorowanie sondą założoną na stałe	można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1185	5.06.00.0001185	noworodek karmiony piersią przyjęty z matką w połogu patologicznym	10																								X																				X		1		za osobodzień	można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1187	5.06.00.0001187	noworodek z masą ciała powyżej 2 500 g	80																								X																				X		1			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1188	5.06.00.0001188	noworodek pod wpływem leków podanych matce i/ lub używek (alkohol, narkotyki)	160																								X																				X		1			nie można sumować z żadnym świadczeniem
1189	5.06.00.0001189	udar mózgu - diagnostyka podstawowa, leczenie (powyżej 3 dni)	180													X												X													X				X					
1190	5.06.00.0001190	udar mózgu - diagnostyka rozszerzona (TK/NMR, USG Doppler, echo serca, Holter EKG, badania w kierunku koagulopatii - minimum 3 badania), leczenie powyżej 3 dni	300													X												X													X				X					
1191	5.06.00.0001191	udar mózgu - leczenie w oddziale udarowym (wg standardu) do 3 dni	180																										X																		X		X			
1192	5.06.00.0001192	udar mózgu - leczenie w oddziale udarowym (wg standardu);leczenie powyżej 3 dni	600																										X																		X		X			
1193	5.06.00.0001193	biopsja nerwu łydkowego i/ lub mięśnia szkieletowego z oceną w mikroskopie świetlnym i elektronowym i badaniem immunohistochemicznym	80																										X								X									X	X		X			można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi

1194	5.06.00.0001194	guzy i/ lub choroby rozrostowe OUN - diagnostyka różnicowa	250																									X	X	X																X					
1195	5.06.00.0001195	guzy OUN - leczenie zachowawcze i/ lub leczenie po zabiegu operacyjnym	300																									X	X	X																X					
1196	5.06.00.0001196	choroby zwyrodnieniowe OUN i zespoły neurogenetyczne (np. ch. Alzheimera, ch. Parkinsona) - diagnostyka różnicowa	300																										X														X				X					
1197	5.06.00.0001197	dyskopatie - leczenie w okresie zaostrzenia	160																									X	X																	X					
1198	5.06.00.0001198	hipoglikemia u chorego bez cukrzycy (hipoglikemia reaktywna, czynnościowa) - leczenie i diagnostyka (w tym C-peptyt, insulina, test z glukagonem, przedłużony test tolerancji glukozy, gastroskopia)	150													X			X	X																				X										X					
1199	5.06.00.0001199	cukrzyca typu 1 - świeże zachorowanie - diagnostyka podstawowa, leczenie przed przekazaniem do ośrodka referencyjnego	110													X			X	X																				X										X					
1200	5.06.00.0001200	cukrzyca typu 2 - w okresie niewyrównania metabolicznego - wdrożenie terapii wieloskładnikowej	140													X			X	X																				X							X				X					
1201	5.06.00.0001201	cukrzyca - wdrożenie intensywnej insulinoterapii za pomocą osobistej pompy do ciągłej podskórnej infuzji insuliny lub wielokrotnych (4-6) wstrzyknięć insuliny	150													X			X																					X										X		X		warunki referencyjne dla chorób wewnętrznych i pediatrii	
1202	5.06.00.0001202	diagnostyka wola guzkowego (TSH, biopsja pod kontrolą USG, przeciwciała anty TPO)	20													X				X																				X									X	X					
1203	5.06.00.0001203	hospitalizacja dziecka celem diagnostyki i leczenia nadciśnienia tętniczego bez badań inwazyjnych (bad. 24 godzinnej rejestracji ciśnienia, echo serca, badania hormonalne, USG Doppler, scyntygrafia, angio TK, NMR - nie mniej niż 3 badania)	350																					X												X										X		X			
1204	5.06.00.0001204	hospitalizacja dziecka przekazanego po zabiegu kardiochirurgicznym (średnio powyżej 7 dni po wykonaniu zabiegu) - przebieg standardowy	30																					X																						X		X		za osobodzień	
1205	5.06.00.0001205	przeztwardówkowe wycięcie guza naczyniówki i lub ciała rzęskowego w podcisnieniu ogólnym z naszyciem płytki	400																											X																X		X			
1206	5.06.00.0001206	reumatoidalne zapalenie stawów do agresywnej terapii u pacjentów w okresie zaostrzenia (wg skali ACR punktów)	250																																	X										X					
1207	5.06.00.0001207	amyloidoza pierwotna i wtórna - leczenie okresu zaostrzenia	190																																	X										X					
1208	5.06.00.0001208	choroba Kawasaki - leczenie fazy ostrej	450																																	X										X					
1209	5.06.00.0001209	zapalenia stawów infekcyjne - leczenie ostrej fazy	280																																	X										X					
1210	5.06.00.0001210	artropatie w przebiegu różnych chorób	250														X																			X										X					
1211	5.06.00.0001211	zapalenia tkanek miękkich (rozlane zapalenie powięzi, zespół weber-christiana, nawracający rumień guzowaty) - leczenie fazy ostrej	180															X																		X										X					
1212	5.06.00.0001212	zespoły algodystroficzne - diagnostyka wraz z leczeniem	150																																	X										X					
1213	5.06.00.0001213	diagnostyka różnicowa objawów reumatologicznych i paraneoplazmatycznych w przebiegu innych chorób u pacjentów w ostrej fazie objawów	200																																	X										X					
1214	5.06.00.0001214	aktywacja procesora implantu ślimakowego/ pniowego	140				X																												X											X	X			X	w przypadku wymiany procesora mowy do rozliczenia konieczne potwierdzenie fakturą	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1215	5.06.00.0001215	wady rozwojowe układu nerwowego - diagnostyka (USG, TK, NMR, EEG, EMG, ENG, MRS, diagnostyka laboratoryjna metaboliczna)	300																											X																	X		X			
1216	5.06.00.0001216	encefalopatie postępujące - diagnostyka (USG, NMR, TK, EEG, EMG, ENG, MRS, diagnostyka laboratoryjna metaboliczna, badania genetyczne, badanie hist-pat - wszystkie)	550																											X																	X		X			
1217	5.06.00.0001217	zaburzenia neurorozwojowe lub mózgowe porażenie dziecięce - diagnostyka różnicowa (USG, NMR, TK, diagnostyka laboratoryjna metaboliczna)	250																											X																	X					
1218	5.06.00.0001218	uposledzenie umysłowe - diagnostyka (NMR, MRS, badania laboratoryjne metaboliczne, badania genetyczne - wszystkie)	400																											X																	X		X			

1219	5.06.00.0001219	zaburzenia zachowania, emocji i/ lub zaburzenia mowy - diagnostyka (NMR, MRS, diagnostyka laboratoryjna metaboliczna, badania genetyczne - wszystkie), leczenie	250																											X																	X		X			
1220	5.06.00.0001220	świadczenie skreślone - znieczulenie - analgosedacja do zabiegów ambulatoryjnch i w trybie jednodniowym																																																		
1221	5.06.00.0001221	pomniejszenie piersi (gigantomastia) - przy usunięciu tkanki z jednej piersi przy wadze powyżej 2 kg	250										X																																				X			X		
1222	5.06.00.0001222	zaburzenia metaboliczne przetrwałe (powyżej 48 godzin) - diagnostyka podstawowa (biochemiczna)	200																							X																				X		2			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1223	5.06.00.0001223	zaburzenia sercowo-naczyniowe z niewydolnością krążenia nie wymagające sztucznej wentylacji	500																					X		X																				X		3			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1224	5.06.00.0001224	gorączki niejasnego pochodzenia oraz biegunki u powracajacych z tropiku	200														X																																	X		X			
1225	5.06.00.0001225	choroby tropikalne (pełzakowica, filariozy, schistosomozy, histoplazmoza, stany ukąszeniach przez jadowite zwierzęta) - diagnostyka , leczenie	300													X	X																		X											X		X			
1226	5.06.00.0001226	bąblowica wielojamowa - diagnostyka, leczenie zachowawcze	400													X	X																		X											X		X			
1227	5.06.00.0001227	choroby tropikalne i parazytozy trzewne u powracających z odmiennych warunków klimatycznych	230													X	X																		X											X		X			
1228	5.06.00.0001228	panendoskopia (wziernikowanie bezpośrednie gardła, krtani, tchawicy, oskrzeli i przełyku)	40																														X											X	X					
1229	5.06.00.0001229	zespół TORCH - leczenie	2100																							X																				X		3			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1230	5.06.00.0001230	zaburzenia metaboliczne przetrwałe (powyżej 48 godzin) - diagnostyka (TK/ NMR, badania cytogenetyczne, GCMS)	500																							X																				X		3			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1231	5.06.00.0001231	stopa cukrzycowa - leczenie zachowawcze wymagające intensywnej zmiennej insulinoterapii	290								X					X			X																													X		X		warunki referencyjne dla chorób wewnętrznych	
1232	5.06.00.0001232	wycięcie dróg żółciowych z powodu raka	550					X			X	X																																				X		X			
1233	5.06.00.0001233	wycięcie dróg żółciowych z powodu raka z resekcją wątroby	770					X			X	X																																				X		X			
1234	5.06.00.0001234	wycięcie poszerzone wątroby (hemihepatektomia)	880					X			X	X																																				X		X			
1235	5.06.00.0001235	jaskra - leczenie operacyjne - iridektomia chirurgiczna obwodowa	100																												X															X	X					
1236	5.06.00.0001236	odbarczenie oczodołu w nadczynności tarczycy połączone z usunięciem ścian zatoki jednostronne	300																												X																X		X			
1237	5.06.00.0001237	odbarczenie oczodołu w nadczynności tarczycy połączone z usunięciem ścian zatoki obustronne	400																												X																X		X			
1238	5.06.00.0001238	choroby alergiczne - diagnostyka z powodu objawów sugerujących chorobę alergiczną (eozynofilia, hiper Ig E)	150	X																																											X		X			
1239	5.06.00.0001239	nowotwory hormonalnie czynne układu dokrewnego (przysadka, tarczyca, nadnercza, gonady) leczenie uzupełniające po leczeniu operacyjnym	230																	X																												X		X			
1240	5.06.00.0001240	wole guzowate powikłane (zamostkowe, śródpiersiowe z uciskiem otaczających narządów) - przygotowanie do leczenia operacyjnego	220																	X																												X		X			
1241	5.06.00.0001241	patologia noworodka - nadciśnienie płucne - noworodek wymagający zastosowania tlenku azotu	900																							X																				X		3			można sumować w neonatologii zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1242	5.06.00.0001242	wielopoziomowe, wielomiejscowe uwolnienie przykurczów u chorych z uogólniona spastycznością	340																														X													X		X			
1243	5.06.00.0001243	rekonstrukcja operacyjna deformacji układu kostno-stawowego u dzieci do końca 2 roku życia	700																														X													X		X			
1244	5.06.00.0001244	rekonstrukcja operacyjna deformacji układu kostno-stawowego u dzieci 3-14 lat	500																														X													X		X			
1245	5.06.00.0001245	nieoperacyjne leczenie zapalenia swoistego i nieswoistego układu kostno stawowego u dzieci	480																														X													X		X			

1246	5.06.00.0001246	choroby zapalne pierwotne, martwice, osteochondrozy w obrębie kregosłupa i/ lub dużych stawów (biodro, kolano, bark, staw skokowy) wymagajace hospitalizacji chorych z brakiem wskazań do leczenia operacyjnego, w okresie zaostrzenia (hospitalizacja nie krótsza niż 4 tygodnie)	400																															X			X										X		X			
1247	5.06.00.0001247	operacyjna korekcja innych niż skoliotyczna/ kyfotyczna deformacji i niestabilności kręgosłupa z użyciem implantu	800																								X						X													X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (implantu)	
1248	5.06.00.0001248	operacyjne leczenie zespołów bólowych kręgosłupa	550																								X						X													X		X			
1249	5.06.00.0001249	hospitalizacja w celu weryfikacji rozpoznania i ustalenia planu leczenia deformacji oraz schorzeń układowych i metabolicznych narządu ruchu	140																															X			X										X		X			
1250	5.06.00.0001250	deformacje, patologie wtórne w układzie szkieletowym powstałe w następstwie niepowodzenia uprzedniego postępowania operacyjnego w innych ośrodkach	880																															X													X		X			
1251	5.06.00.0001251	wszczepienie rozrusznika resynchronizujacego	1300																				X																								X	X	X	X		można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1252	5.06.00.0001252	choroby nowotworowe - diagnostyka zakończona pełnym stopniowaniem choroby nowotworowej lub klasyfikacja (biopsja, biopsja szpiku, TK/ NMR, endoskopia, markery)	200						X							X		X																			X									X		X					
1254	5.06.00.0001254	NEC wymagający zabiegu operacyjnego	1210					X																																							X					
1255	5.06.00.0001255	chirurgia noworodka i niemowlęcia - śródpiersiowe zamknięcie przetoki przełykowo-tchawiczej i lub zespolenie przełykowo- przełykowe oraz wytwórcza przełyku	1320					X																																							X		X			
1256	5.06.00.0001256	plastyka korekcyjna powłok jamy brzusznej u dzieci do 14 r.ż.	125					X																																	X				X	X					
1258	5.06.00.0001258	plastyka korekcyjna powłok jamy brzusznej (operacja przepukliny poperacyjnej u dzieci po rozległych operacjach odtwórczych)	200					X																																	X					X		X			
1259	5.06.00.0001259	plastyka korekcyjna przedsionka pochwy po operacjach rekonstrukcyjnych u dzieci obojnaczych	320																																						X					X		X			
1260	5.06.00.0001260	chirurgia noworodka i niemowlęcia - przezcewkowe wycięcie zastawki/ zwężenia cewki moczowej	350																																						X					X		X			
1261	5.06.00.0001261	usunięcie pęcherza moczowego z nadpęcherzowym odprowadzaniem moczu u dzieci	1100																																						X					X		X			
1262	5.06.00.0001262	nietrzymanie moczu u dzieci - rekonstrukcja szyi pęcherza	650																																						X					X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1263	5.06.00.0001263	wycięcie pochwy i macicy z przydatkami u dzieci obojnaczych (z dojścia brzusznego i/lub przez trójkąt pęcherza lub z dojścia kroczowego)	450																																						X					X		X			
1264	5.06.00.0001264	wycięcie pochwy i macicy z przydatkami u dzieci obojnaczych (z dojścia brzuszno - kroczowego)	600																																						X					X		X			
1265	5.06.00.0001265	laparoskopowe wytworzenie pochwy z jelita przy wrodzonym jej braku (nie dotyczy operacji zmiany płci)	600																																						X					X	X	X			
1266	5.06.00.0001266	elektroresekcja przezcewkowa szyi pęcherza u dzieci	230																																						X					X		X			
1267	5.06.00.0001267	rekonstrukcja warg sromowych i/lub łechtaczki u dzieci obojnaczych	350																																						X					X		X			
1268	5.06.00.0001268	rekonstrukcja pochwy u dzieci obojnaczych	400																																						X					X		X			
1269	5.06.00.0001269	rekonstrukcja jednoetapowa pochwy, łechtaczki i warg sromowych u dzieci obojnaczych	750																																						X					X		X			
1270	5.06.00.0001270	endoskopowe leczenie odpływów pęcherzowo-moczowodowych jednostronne z użyciem preparatów naturalnych	90																																					X	X					X		X			
1271	5.06.00.0001271	endoskopowe leczenie odpływów pęcherzowo-moczowodowych obustronne z użyciem preparatów naturalnych	130																																					X	X					X		X			
1272	5.06.00.0001272	plastyka korekcyjna powłok jamy brzusznej (operacja przepukliny pachwinowej, udowej - jednostronna, kresy białej, pępkowej, Spigela) z wszczepem syntetycznym	175					X			X																																				X	X				obejmuje również wykonanie metodą laparoskopową	
1273	5.06.00.0001273	przygotowanie do dializoterapii otrzewnowej - założenie cewnika	170					X			X																																				X	X				obejmuje koszt wyrobu medycznego (cewnika)	

1274	5.06.00.0001274	usunięcie cewnika do dializy otrzewnowej	110					X			X																																			X	X					
1275	5.06.00.0001275	chirurgiczne opracowanie rozległych, głębokich ran z towarzyszącym wstrząsem	150					X			X																		X					X													X					
1276	5.06.00.0001276	wytworzenie przetoki z naczyń własnych na przedramieniu	150					X		X	X																																				X					
1277	5.06.00.0001277	wytworzenie przetoki na przedramieniu z wykorzystaniem protez naczyniowych	350					X		X	X																																				X					
1278	5.06.00.0001278	wytworzenie przetoki z naczyń własnych na ramieniu	200					X		X	X																																				X					
1279	5.06.00.0001279	wytworzenie przetoki na ramieniu z wykorzystaniem protez naczyniowych	400					X		X	X																																				X					
1280	5.06.00.0001280	wytworzenie przetoki z naczyń własnych o innym umiejscowieniu	250					X		X	X																																				X					
1281	5.06.00.0001281	udrożnienie przetoki tetniczo żylnej	150					X		X	X																																				X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1282	5.06.00.0001282	rekonstrukcja przetoki tętniczo-żylnej bez wykorzystania protezy naczyniowej	200					X		X	X																																				X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1283	5.06.00.0001283	rekonstrukcja przetoki tętniczo-żylnej z wykorzystaniem protezy naczyniowej	400					X		X	X																																				X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1284	5.06.00.0001284	inne operacje przetok tętniczo-żylnych	150					X		X	X																																				X					
1285	5.06.00.0001285	gorączka niejasnego pochodzenia - diagnostyka rozszerzona (TK/ NMR, serologia, biopsja szpiku)	190													X	X								X											X	X										X					
1286	5.06.00.0001286	wrodzone wady metaboliczne diagnostyka (enzymatyczna, obrazowa, hormonalna)	400																																	X											X		X			
1287	5.06.00.0001287	posocznica	450														X																			X											X		X			
1288	5.06.00.0001288	choroby zapalne obwodowego układu nerwowego - diagnostyka (EMG, TK/ NMR, badania wirusologiczne)	300																										X	X						X											X		X		warunki referencyjne dla pediatrii	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1289	5.06.00.0001289	moczenie nocne i inne wady układu moczowego , diagnostyka białkomoczu, krwinkomoczu - diagnostyka (urografia, cystoureterografia, USG)	120																																	X											X					
1290	5.06.00.0001290	kłębuszkowe zapalenie nerek ostre krwotoczne - diagnostyka, leczenie	400																							X										X											X					
1291	5.06.00.0001291	zaburzenia cewkowo-śródmiąższowe nerek w chorobach krwi i w zaburzeniach dotyczących mechanizmów odporności - diagnostyka , leczenie	1200																																	X											X		X			
1292	5.06.00.0001292	usunięcie gonady z jednoczasowym wszczepieniem protezy jądra	200																																							X						X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (protezy)	
1293	5.06.00.0001293	usunięcie gonady z jednoczasowym wszczepieniem protezy jądra obustronne	280																																							X						X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (protezy)	
1294	5.06.00.0001294	objawy choroby organicznej przewodu pokarmowego i/ lub podejrzenia nowotworu (dysfagia, wymioty, chudnięcie, niedokrwistość, bóle brzucha, zaparcia, zmiana rytmu wypróżnień, krew w stolcu, żółtaczka, zmiany ogniskowe stwierdzone w badaniach obrazowych) - diagnostyka i leczenie	250								X					X					X																												X					
1295	5.06.00.0001295	ocena zaawansowania nowotworów przewodu pokarmowego/ układu oddechowego i przygotowanie do dalszego leczenia	250						X						X						X																												X					
1296	5.06.00.0001296	diagnostyka chorób układu oddechowego - krwioplucie, kaszel przewlekły (obejmujące m. innymi angio CT, HRCT, test nadreaktywności oskrzeli) uzupełniona o diagnostykę nawracających i przewlekłych zapaleń oskrzeli	150												X																																		X		X			
1297	5.06.00.0001297	odma opłucnowa - leczenie zachowawcze	120												X	X																																	X					
1298	5.06.00.0001298	anomalie rozwojowe układu oddechowego	150												X																																		X		X			
1299	5.06.00.0001299	niedobory odporności pierwotne - diagnostyka	140												X																																		X		X			
1300	5.06.00.0001300	wewnątrzszpitalne zapalenie płuc - terapia powikłań innych ośrodków	350												X																																		X					
1301	5.06.00.0001301	choroby śródmiąższowe płuc/ choroby z zapaleniem naczyń płucnych	350												X	X																					X										X					
1302	5.06.00.0001302	guzy śródpiersia płuca/ płuca - diagnostyka	120												X	X																																	X					

1303	5.06.00.0001303	nadciśnienie płucne, tętnicze/ zakrzepowo - zatorowe leczenie zaostrzenia	300												X	X								X												X											X		X			
1304	5.06.00.0001304	nadciśnienie płucne, tętnicze/ zakrzepowo - zatorowe okresowa ocena stopnia zaawansowania (test spiroergometryczny lub 6-cio minutowy test chodu z pulsoksymetrią, echokardiografia, markery miocytarne, krwawa ocena reaktywności płucnej - cewnikowanie prawego serca i tętnicy płucnej)	220												X	X								X												X											X		X			
1305	5.06.00.0001305	amputacja kończyny dolnej z powodu niedokrwienia (dowolny poziom) - proksymalnie od palców	390						|X |X																																							|X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1306	5.06.00.0001306	choroby tkanki łącznej - postacie skórne - leczenie okresu zaostrzeń	220															X																			X										X					
1307	5.06.00.0001307	choroby pęcherzowe - diagnostyka i leczenie okresu zaostrzeń	380														|X																														|X					
1308	5.06.00.0001308	przezskórna nefrostomia u dziecka do 14 r.ż. z hospitalizacją	100					X																																			X					X		X			
1309	5.06.00.0001309	nacięcie ureterocele i/ lub przezcewkowe wycięcie zastawki/ zwężenie cewki moczowej u noworodka i niemowlęcia	300					X																																			X					X		X			
1310	5.06.00.0001310	endospkopowe leczenie odpływów pęcherzowo-moczowodowych jednostronnych z użyciem preparatów syntetycznych	230					X																																		X	X					X		X			
1311	5.06.00.0001311	endoskopowe leczenie odpływów pęcherzowo-moczowodowych obustronnych z użyciem preparatów syntetycznych	350					X																																		X	X					X		X			
1312	5.06.00.0001312	zapalenie żył z owrzodzeniami goleni i alergizacją - leczenie zachowawcze	130														|X																														|X					
1313	5.06.00.0001313	pokrzywka przewlekła - diagnostyka (próby ekspozycji), leczenie	190	X														X																															X					można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1314	5.06.00.0001314	gruźlica, tuberkulidy, sarkoidoza - leczenie okresu zaostrzeń zmian skórnych	110														|X																														|X					
1315	5.06.00.0001315	hospitalizacja onkologiczna w celu wykonania chemioterapii u dorosłych	25																			X											X												X		X		X		za osobodzień	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1316	5.06.00.0001316	hospitalizacja onkologiczna nie związana z podaniem chemioterapii	20																			X											X														X		X		za osobodzień	
1317	5.06.00.0001317	chłoniaki skóry - leczenie okresu zaostrzeń	280														|X																														|X					
1318	5.06.00.0001318	dermatozy o ciężkim przebiegu wymagające hospitalizacji	190														|X																														|X					
1319	5.06.00.0001319	przeszczepy kostne allogeniczne sterylizowane radiacyjnie	8																														X													X		X	X	(za każde 10 cm^3 powyżej 30 cm^3) - obejmuje koszty przeszczepów z Banku Tkanek potwierdzone fakturą	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1320	5.06.00.0001320	rozległe, podpowięziowe zapalenie, martwica mięśni niedokrwienna, głęboka odleżyna - leczenie operacyjne	800																													X		X													X		X			
1321	5.06.00.0001321	rekonstrukcja cewki i prącia w zespole wynicowania i wierzchniactwa	950																																							X					X		X			
1322	5.06.00.0001322	przetoczenie osocza	9		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	X	X	X	X		X				za każdą jednostkę powyżej 2 j	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1323	5.06.00.0001323	wszczep soczewki wtórny z fiksacją twardówkową lub tęczówkową	220																												X																X				obejmuje koszt wyrobu medycznego (soczewki)	
1324	5.06.00.0001324	nowotwór naczyniówki - leczenie operacyjne z witrektomią tylną z podaniem substytutu ciała szklistego i naszyciem płytki	600																												X																X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (płytki)	
1325	5.06.00.0001325	choroba zezowa - leczenie zachowawcze w warunkach szpitalnych (pobyt pęciodniowy)	80																												X																X				nie więcej niż dwa razy w roku	
1326	5.06.00.0001326	stany ciężkie w torakochirurgii: stłuczenie płuca, zapalenie śródpiersia, perforacje przełyku, ropniak opłucnej leczone zachowawczo	600					X	X																																						X		X			
1327	5.06.00.0001327	bronchoskopia fluorescencyjna	130						X						X																																X		X			
1328	5.06.00.0001328	bronchoskopia z zabiegiem udrażniania światła tchawicy i/lub oskrzeli z założeniem protezy	800						X						X																																X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (protezy)	

1329	5.06.00.0001329	endoskopia z terapią fotodynamiczną zmian nowotworowych w drzewie oskrzelowym	500					X	X																																							X		X			
1330	5.06.00.0001330	usunięcie mnogich przerzutów do płuc - zabieg jednostronny	800						X																																							X		X		obejmuje koszt wyrobów medycznych	
1331	5.06.00.0001331	oporne nadciśnienie tętnicze - diagnostyka z badaniami w kierunku wtórnych postacji nadciśnienia (badania biochemiczne, Dopller, TK spiralna/ angio NMR - wszystkie badania)	230			X				X						X								X		X																						X					
1332	5.06.00.0001332	usunięcie implantów z kości twarzoczaszki	200											X																																		X					
1333	5.06.00.0001333	hospitalizacja hematologiczna w celu wykonania chemioterapii	40																													X															X		X		za osobodzień	można sumować zgodnie z materiałami informacyjnymi
1334	5.06.00.0001334	hospitalizacja hematologiczna nie związana z wykonaniem chemioterapii	25																													X															X		X		za osobodzień	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1335	5.06.00.0001335	hospitalizacja onkologiczna w celu wykonania chemioterapii u dzieci	40																													X															X		X		za osobodzień	można sumować zgodnie z materiałami informacyjnymi
1336	5.06.00.0001336	hospitalizacja onkologiczna niezwiązana z chemioterapią	40																													X															X		X		za osobodzień	
1337	5.06.00.0001337	zaćma - operacja zaćmy niepowikłanej z wszczepem soczewki metodą fakoemulsyfikacji	230																												X																X	X				obejmuje koszt wyrobu medycznego (soczewki)	
1338	5.06.00.0001338	zaćma - operacja zaćmy powikłanej z wszczepem soczewki metodą fakoemulsyfikacji	270																												X																X	X				obejmuje koszt wyrobu medycznego (soczewki)	
1339	5.06.00.0001339	wymiana elektrody rozrusznika serca	230																					X																							X		X			
1340	5.06.00.0001340	usunięcie układu stymulującego z powodu infekcji/ nadmiaru elektrod	350																					X																							X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1341	5.06.00.0001341	diagnostyka i/ lub modyfikacja leczenia (echo serca, echo przezprzełykowe, 24 godzinna rejestracja EKG, test pochyleniowy - min 2 badania)	35																					X																						X	X					
1342	5.06.00.0001342	hospitalizacja do procedury MZ 14.1	550																				X																								X		X			
1343	5.06.00.0001343	hospitalizacja do procedury MZ 14.2	700																				X																								X		X			
1344	5.06.00.0001344	hospitalizacja do procedury MZ 14.3	560																				X																								X		X			
1345	5.06.00.0001345	hospitalizacja do procedury MZ 14.4	560																				X																								X		X			
1346	5.06.00.0001346	hospitalizacja do procedury MZ 14.5	400																				X																								X		X			
1347	5.06.00.0001347	hospitalizacja do procedury MZ 15.1	400																				X																								X		X			
1348	5.06.00.0001348	hospitalizacja do procedury MZ 15.2	560																				X																								X		X			
1349	5.06.00.0001349	hospitalizacja do procedury MZ 15.3	585																				X																								X		X			
1350	5.06.00.0001350	hospitalizacja do procedury MZ 15.4	700																				X																								X		X			
1351	5.06.00.0001351	cukrzyca - niewyrównanie cukrzycy leczonej insuliną, związane z chorobą będącą powodem hospitalizacji	5	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	X		X				za osobodzień	można sumować z hospitalizacją podstawową, będącą powodem przyjęcia do szpitala
1352	5.06.00.0001352	powikłania krwotoczne (w tym DIC) nie będące powodem przyjęcia podstawowego do hospitalizacji wymagające dodatkowych procedur diagnostycznych i leczniczych z wyłączeniem przetoczeń	70	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	X	X	X	X		X					można sumować z hospitalizacją podstawową, będącą powodem przyjęcia do szpitala
1353	5.06.00.0001353	niewydolność serca nie będąca powodem przyjęcia podstawowego do hospitalizacji wymagające dodatkowych procedur diagnostycznych i leczniczych	70	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					można sumować z hospitalizacją podstawową, będącą powodem przyjęcia do szpitala
1354	5.06.00.0001354	ciężkie zakażenia bakteryjne nie będące powodem przyjęcia podstawowego do hospitalizacji, potwierdzone bakteriologicznie, wymagające dodatkowych procedur diagnostycznych i leczniczych, z wyłączeniem zakażeń szpitalnych	80	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	X	X		X		X					można sumować z hospitalizacją podstawową, będącą powodem przyjęcia do szpitala
1355	5.06.00.0001355	udar mózgu (nie obejmuje TIA) nie będącym podstawowym powodem przyjęcia do hospitalizacji wymagający dodatkowych procedur diagnostycznych i leczniczych	80	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					można sumować z hospitalizacją podstawową, będącą powodem przyjęcia do szpitala
1356	5.06.00.0001356	kwalifikacja do przeszczepu nerki - badanie wstępne	180													X										X										X				X							X		X		z wyłączeniem kosztu dializ	
1357	5.06.00.0001357	kwalifikacja do przeszczepu nerki i/lub trzustki - badanie kontrolne (1 raz na kwartał)	20																						X														X						X	X		X		z wyłączeniem kosztu dializ	
1358	5.06.00.0001358	kwalifikacja do przeszczepu nerki i trzustki	200																																				X							X		X		z wyłączeniem kosztu dializ	

1359	5.06.00.0001359	zator gazowy/ ostra choroba dekompresyjna - leczenie skojarzone z terapią hyperbaryczną	500													X																															X		X	X	leczenie w warunkach ośrodka terapii hiperbarycznej	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1360	5.06.00.0001360	zgorzel gazowa - kompleksowe leczenie zachowawcze i zabiegowe skojarzone z terapią hiperbaryczną (osobodzień - nie więcej niż 14 osobodni)	300													X																															X		X	X	leczenie w warunkach ośrodka terapii hiperbarycznej	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1361	5.06.00.0001361	ciężka niewydolność serca - kwalifikacja do przeszczepu serca/ płuca/ serca i płuc	550						X						X								X	X															X							X		X		obejmuje: test ergospirometryczny, 6.minutowy test chodu, ECHO serca, cewnikowanie prawego serca, badanie wirusologiczne i immunologiczne; nie dotyczy pacjentów, u których dokonano przeszczepu w ciągu 12 miesięcy od badania	
1362	5.06.00.0001362	wyłyżeczkowanie jamy macicy diagnostyczne w znieczuleniu ogólnym (z badaniem hist. - pat.)	50																																			X							X	X	X					
1363	5.06.00.0001363	hospitalizacja wg zgody płatnika	1	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	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X			ostateczna wartość punktowa równa jest wartości wskazanej w zgodzie płatnika	
1364	5.06.00.0001364	przymusowa hospitalizacja zgodnie z art. 28 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach	200														X																			X											X					
1365	5.06.00.0001365	skazy krwotoczne - diagnostyka i leczenie	180																			X									X				X											X					
1366	5.06.00.0001366	stomatologiczne leczenie kompleksowe dziecka ze wskazań ogólnomedycznych w znieczuleniu ogólnym z hospitalizacją	90					X																								X				X										X	X					można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1367	5.06.00.0001367	wspomaganie serca u dorosłych - biopompa	2500																				X																										X		X		zastosowanie < 1% wszystkich operacji kardiochirurgicznych w ośrodku	
1368	5.06.00.0001368	wspomaganie serca lub płuc u dzieci - ECMO	3000																				X																										X		X			
1369	5.06.00.0001369	cukrzyca typu 3 ze współistniejącym zapaleniem trzustki, wątroby, marskością wątroby, mukowiscydozą - leczenie	450																X																														X		X			
1370	5.06.00.0001370	dysplazja oskrzelowo-płucna, przewlekła tlenoterapia, terapia inhalacyjna, kinezyterapia	700																																	X											X		x			
1371	5.06.00.0001371	krztusiec - diagnostyka i leczenie	120																																	X											X		X			
1372	5.06.00.0001372	jednorazowe przetoczenie napromienianego KKCz	20					X																	X		X	X				X				X											X		X		u dzieci do ukończenia 14 r. ż.	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1373	5.06.00.0001373	jednorazowe przetoczenie napromienianego i filtrowanego KKCz	25					X																	X		X	X				X				X											X		X		u dzieci do ukończenia 14 r. ż.	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1374	5.06.00.0001374	jednorazowe przetoczenie napromienianego i filtrowanego koncentratu krwinek płytkowych	60					X																	X		X	X				X				X											X		X		u dzieci do ukończenia 14 r. ż.	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1375	5.06.00.0001375	wrodzony zespół nerczycowy-diagnostyka i leczenie do rozpoczęcia przewlekłego leczenia nerkozastępczego	30																																	X											X			X	za osobodzień	
1376	5.06.00.0001376	cyklofotokoagulacja	40																												X															X	X					
1377	5.06.00.0001377	leczenie zaburzeń oddychania w czasie snu przu użyciu CPAP	90												X																															X	X					
1378	5.06.00.0001378	pomosty pozaanatomiczne z użyciem środka technicznego	600							X																																							X		X			można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1379	5.06.00.0001379	choroby zwyrodnieniowe OUN i zespoły neurogenetyczne (np.ch. Alzheimera, ch. Parkinsona)	60																											X																X	X		X			można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1380	5.06.00.0001380	świadczenie skreślone - urazowe uszkodzenia wielomiejscowe lub wielonarządowe - suma uszkodzeń: I-go 100%, II-go 60%, III-go 30%, IV-go 10% - diagnostyka, leczenie operacyjno-nieoperacyjne																																																				
1381	5.06.00.0001381	hospitalizacja pulmonologiczna w celu leczenia nowotworów związana z wykonaniem chemioterapii u dorosłych	25												X																																		X		X		za osobodzień	
1382	5.06.00.0001382	hospitalizacja pulmonologiczna w celu leczenia nowotworów nie związana z podaniem chemioterapii	20												X																																		X		X		za osobodzień	
1383	5.06.00.0001383	ostre zapalenie górnych dróg oddechowych/ oskrzeli diagnostyka wraz z leczeniem	50	X											X	X																				X						X				X					
1384	5.06.00.0001384	hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej w katalogu	25	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					

1385	5.06.00.0001385	ostre zespoły wieńcowe potwierdzone markerami martwicy mięśnia sercowego	220													X								X	X																		X				X				hospitalizacja w ośrodkach nie prowadzących leczenia inwazyjnego, trwająca łącznie nie mniej niż 4 doby (z wyłączeniem przerwy na zabieg w ośrodku prowadzącym leczenie inwazyjne) lub w ośrodkach prowadzących leczenie inwazyjne w przypadku jego niepodjęcia - diagnostyka i leczenie zachowawcze	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1386	5.06.00.0001386	zespół dziecka maltretowanego	250					X																						X						X											X		X			
1387	5.06.00.0001387	usunięcie mnogich przerzutów do płuc - zabieg obustronny	1050						X																																						X				obejmuje koszt wyrobu medycznego	
1388	5.06.00.0001388	hospitalizacja związana z kwalifikacją do leczenia przewlekłego WZW typu C (obejmuje wszystkie badania w tym biopsję wątroby, HCV-RNA w surowicy, genotyp HCV, HBsAg, anty- HIV)	280														X																							X						X	X				dotyczy pacjentów z: przeciwciałami anty-HCV, HCV RNA w surowicy lub tkance wątrobowej, ze zmianami histopatologicznymi w tkance wątrobowej - włóknienie	
1389	5.06.00.0001389	hospitalizacja związana z kwalifikacją do leczenia przewlekłego WZW typu B	205														X																							X						X	X				dotyczy pacjentów z: potwierdzonym histopatologicznie przewlekłym zapaleniem wątroby, obecnością antygentu HBs powyżej 6 m-cy, obecnością antygentu HBe lub/ oraz przeciwciał anty HBe oraz HBV DNA powyżej 100 000 kopii/ ml, podwyższona aktywnością transaminaz, bez przeciwwskazań do leczenia)	
1390	5.06.00.0001390	wszczepienie implantu ślimakowego	7800																																X											X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (implantu)	
1391	5.06.00.0001391	pogorszenie czynności przeszczepu - diagnostyka, leczenie	150														X																							X						X	X		X		od 31 dnia po przeszczepie	
1392	5.06.00.0001392	leczenie powikłań po wykonanym przeszczepie	300														X															X								X						X	X		X		od 31 dnia po przeszczepie	
1393	5.06.00.0001393	wieloodłamowe złamanie szczęki i żuchwy - leczenie operacyjne	800											X																																	X		X			
1394	5.06.00.0001394	operacyjne leczenie zaburzeń rytmu serca metodą ablacji (u chorych, u których wykonywany jest zabieg naprawczy na zastawce mitralnej lub jej wymiana)	380																				X																								X		X		rozliczane nie więcej niż w 30% zabiegów wykonanych na zastawce mitralnej	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1395	5.06.00.0001395	cukrzyca - typu 2 w okresie niewyrównania metabolicznego - diagnostyka i leczenie powikłań przewlekłych (wdrożenie terapii wieloskładnikowej)	195																X																												X		X		warunki referencyjne w diabetologii	
1396	5.06.00.0001396	cukrzyca - wdrożenie intensywnej insulinoterapii za pomocą osobistej pompy do ciągłej podskórnej infuzji insuliny lub wielokrotnych (4-6) wstrzyknięć insuliny - diagnostyka i leczenie powikłań przewlekłych	185																X																												X		X		warunki referencyjne w diabetologii	
1397	5.06.00.0001397	plastyka korekcyjna powłok jamy brzusznej u dziecka do 3 roku życia (włącznie)	200					X																																						X	X					
1398	5.06.00.0001398	hospitalizacja związana z kwalifikacja do przeszczepu wątroby, serca, płuca, serca i płuca	300																																					X							X		X			
1399	5.06.00.0001399	wszczepienie czujnika do pomiaru ciśnienia śródczaszkowego z pomiarem i monitorowaniem ciśnienia	500					X																				X																			X		X		obejmuje koszt wyrobu medycznego (czujnika)	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1400	5.06.00.0001400	zastosowanie neuronawigacji przy planowaniu i prowadzeniu operacji neurochirurgicznej	80																									X																			X		X			można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi

1401	5.06.00.0001401	pierwotny niedobór odporności lub wtórny niedobór immunoglobulin IgG poniżej 500 mg%, choroby tkanki łącznej, miastenia, samoistna plamica małopłytkowa na tle immunologicznym oraz niedobór odporności u chorych po przeszczepieniu szpiku lub narządu unaczynionego - leczenie przetoczeniami immunoglobulin	12																			X							X			X					X			X				X		X	X	X	X		za każdy 1 gram przetoczonych immunoglobulin	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1402	5.06.00.0001402	wszczepienie defibrylatora dwujamowego z co najmniej dwukrotnym skróconym badaniem EPS	3200																				X	X	X																						X	X	X	X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (defibrylatora)	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1403	5.06.00.0001403	wymiana defibrylatora dwujamowego z co najmniej dwukrotnym skróconym badaniem EPS	3100																				X	X	X																						X		X	X	obejmuje koszt wyrobu medycznego (defibrylatora)	
1404	5.06.00.0001404	zaostrzenie przewlekłej niewydolności serca	110																					X																							X					
1405	5.06.00.0001405	rozszerzenie stymulacji serca jednojamowej do dwujamowej wraz z wymianą rozrusznika	560																					X																							X	X	X	X		można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1406	5.06.00.0001406	wymiana rozrusznika resynchronizującego	1100																					X																							X	X	X	X		
1407	5.06.00.0001407	czasowa stymulacja endokawitarna serca trwająca powyżej jednej doby (poza ostrym zespołem wieńcowym)	150																					X	X																						X					można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1408	5.06.00.0001408	koronaroplastyka wielonaczyniowa z zastosowaniem co najmniej 2 stentów, w tym co najmniej 1 stentu uwalniajacego lek (DES)	1370																					X																							X		X	X	zawiera diagnostykę z koronarografią i koszty wyrobów medycznych (stentów); nie więcej niż 15% koronaroplastyk wykonanych w ośrodku	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1409	5.06.00.0001409	restenoza naczyń wieńcowych - prewencja, diagnostyka, leczenie z zastosowaniem 1 stentu uwalniającego lek (DES)	1150																					X																							X		X	X	zawiera diagnostykę z koronarografią i koszty wyrobów medycznych (stentów);	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1410	5.06.00.0001410	monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepieniu szpiku lub innego narządu (obejmuje koszt monitorowania poziomu leków immunosupresyjnych oraz pozostałą niezbędną diagnostykę)	20																			X	X	X	X	X						X								X						X	X		X			
1411	5.06.00.0001411	implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej (AUS)	2550																																					X							X	X	X			
1412	5.06.00.0001412	leczenie wysiękowej postaci AMD werteporfiną przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej	730																											X																	X	X		X		
1413	5.06.00.0001413	neuromodulacja – wszczepienie stymulatora struktur głębokich mózgu oraz przeciwbólowegostymulatora kory mózgowej i rdzenia kręgowego	3580																									X																			X	X		X		
1414	5.06.00.0001414	neuromodulacja – wymiana generatora impulsów stymulatora struktur głębokich mózgu oraz przeciwbólowego stymulatora kory mózgowej i rdzenia kręgowego	2800																									X																			X	X		X		
1415	5.06.00.0001415	leczenie w oddziale intensywnej terapii kardiologicznej (dotyczy szpitali monoprofilowych kardiologicznych)	90																					X																							X		X		za osobodzień	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1416	5.06.00.0001416	częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe	10	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	X	X	X	X	X	X	X	X		X		2	X	- za każdy dzień żywienia; - warunki referencyjne dotyczą neonatologii	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1417	5.06.00.0001417	kompletne żywienie pozajelitowe dzieci	25	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	X	X	X	X	X		X	X		X		2		- za każdy dzień żywienia; - warunki referencyjne dotyczą neonatologii	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi
1418	5.06.00.0001418	hospitalizacja (jednodniowa) pacjenta po przeszczepieniu serca, serca i płuc, płuca, celem oceny sprawności przeszczepionego narządu i optymalizacji leczenia farmakologicznego	40												X								X	X	X															X							X		X			
1419	5.06.00.0001419	podanie chemioterapii w trybie jednodniowym	12									X			X							X										X	X												X	X					za osobodzień	

1420	5.06.00.0001420	podanie chemioterapii w trybie ambulatoryjnym	6									X			X							X										X	X												X						za podanie leków przeciwnowotworowych	
1421	5.06.00.0001421	monitorowanie wyników leczenia w programie terapeutycznym (lekowym)	6									X					X			X		X	X	X		X		X	X	X		X	X			X	X			X				X	X		X				zgodnie z opisem programu terapeutycznego	
1422	5.06.00.0001422	farmakoterapia niestandardowa	1	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	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X		można sumować ze świadczeniem będącym przyczyną hospitalizacji
1423	5.06.00.0001423	świadczenie skreślone - hospitalizacja do radykalnej teleradioterapii																																																				
1424	5.06.00.0001424	hospitalizacja do brachyterapii i terapii izotopowej	13																													X	X												X		X				za osobodzień	można sumować zgodnie z materiałami informacyjnymi
1425	5.06.00.0001425	świadczenie skreślone - hospitalizacja do teleradioterapii paliatywnej																																																				
1426	5.06.00.0001426	przezskórna plastyka tętnicy szyjnej z wszczepieniem stentu (CAS) i systemem neuroprotekcyjnym	1200			X				X														X					X																		X		X	X	wykonanie w warunkach sali zabiegowej uprawnionej pracowni naczyniowej; konieczność zapewnienia możliwości konwersji do operacji otwartej; w zakresie kardiologii wyłącznie przy OZW	
1427	5.06.00.0001427	leczenie zachowawcze ostrego zapalenia trzustki o ciężkim przebiegu	900								X										X																										X		X			
1428	5.06.00.0001428	ostre zespoły wieńcowe - hospitalizacja związana z leczeniem inwazyjnym	200																					X																							X		X		hospitalizacja w ośrodkach prowadzących leczenie inwazyjne, trwająca nie krócej niż 2 doby (z wyłączeniem zgonów), w tym przynajmniej 1 doba w OIOK, z zakończonym leczeniem z powodu OZW; nie więcej niż 20% ostrych	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1429	5.06.00.0001429	przezskórna angioplastyka pomostu (pomostów) aortalno-wieńcowego (aortalno-wieńcowych)	900																					X																							X		X		leczenie w ośrodku prowadzącym leczenie inwazyjne, trwające nie krócej niż 2 doby (z wyłączeniem zgonów); zawiera diagnostykę z koronarografią	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1430	5.06.00.0001430	lek lub wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia	1		X							X					X										X							X	X			X									X	X	X	X	dotyczy wyłącznie świadczeń, w których wyraźnie określono, że nie obejmuje ono kosztów wyrobu medycznego lub leku; konieczne przedstawienie rachunku/ faktury	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1431	5.06.00.0001431	hospitalizacja do arteriografii/ angioplastyki obwodowej	25			X				X																																					X		X		za osobodzień	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1432	5.06.00.0001432	angioplastyka obwodowa z zastosowaniem co najmniej 2 stentów	900			X				X														X																							X		X		zawiera diagnostykę z arteriografią i koszty wyrobów medycznych (stentów); wykonanie w warunkach sali zabiegowej uprawnionej pracowni naczyniowej; konieczność zapewnienia możliwości konwersji do operacji otwartej; w zakresie kardiologii wyłącznie przy OZW	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1433	5.06.00.0001433	operacja dwuszczękowa - chirurgiczne leczenie deformacji szczękowo-twarzowej z osteotomią szczęki, żuchwy, kości nosa i korektą tkanek miękkich	980											X																																	X		X			
1434	5.06.00.0001434	żywienie pozajelitowe immunomodulujące	25	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	X	X	X	X	X	X	X	X		X			X	za każdy dzień żywienia	można sumować zgodnie ze wskazaniami medycznymi

1435	5.06.00.0001435	leczenie w OAiIT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS - 28 i TISS - 28 dla dzieci - od 19 do 24 pkt w skali TISS	30		X																																									X				za osobodzień	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1436	5.06.00.0001436	ciągła hemofiltracja/ hemodiafiltracja żylno - żylna	200		X																					X																						X				za 24 - godzinny okres leczenia	można sumować zgodnie z załącznikiem nr 13 do materiałów informacyjnych
1437	5.06.00.0001437	hospitalizacja w oddziale neonatologicznym z 1 lub 2 poziomem warunków referencyjnych noworodka z masą ciała odpowiednio 1 500 - 2 000 g lub 1 000 - 1 500 g, leczonego wcześniej w oddziale intensywnej terapii/ oddziale neonatologii z odpowiednio 2 lub 3 poziomem warunków referencyjnych	15																								X																					X		1		za osobodzień	nie można sumować z żadnym świadczeniem
1438	5.06.00.0001438	wycięcie wyrostka robaczkowego	190					X			X																										X							X	X	X				obejmuje również wykonanie metodą laparoskopową	
1439	5.06.00.0001439	wycięcie pęcherzyka żółciowego	240					X			X																																		X	X				obejmuje również wykonanie metodą laparoskopową	
1440	5.06.00.0001440	hospitalizacja do teleradioterapii	20																													X	X											X		X				za osobodzień	można sumować zgodnie z materiałami informacyjnymi
1441	5.06.00.0001441	otyłość patologiczna, monstrualna z BMI > 40 - leczenie endoskopowe z zastosowaniem balonu	400								X																																			X	X	X		obejmuje koszt wyrobu medycznego	
1442	5.06.00.0001442	operacyjna - pierwotna: korekcja, rekonstrukcja, usztywnienie, wycięcie patologii (z bad. hist-pat) w obrębie kości klatki piersiowej, obręczy barkowej, ramienia, łokcia, kości podudzia, stopy	380						X			X																					X													X		X			

Katalog świadczeń onkologicznych - teleradioterapia, brachyterapia i terapia izotopowa

(*) zgoda płatnika na rozliczenie danego świadczenia lub ustalenie jego wartości punktowej

(**) warunki referencyjne - możliwość wykonywania świadczenia potwierdzona pozytywną opinią konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny,

(***) wymóg poszerzonej dokumentacji obrazującej realizację świadczenia np. wydruk z USG, zapis video lub kopia

lp.	świadczenie			zakresy świadczeń			warunki wykonania					wymagania wobec świadczeniodawców										uwagi
												rejestracja			referencyjność	personel				inne		
	kod świadczenia	nazwa świadczenia	wartość punktowa	radioterapia	brachyterapia	terapia izotopowa	ambulatoryjne	hospitalizacja[4]	zgoda płatnika *	warunki referencyjne**	dokumentacja rozszerzona ***	zarejestrowany ośrodek radioterapii	zarejestrowana pracownia/zakład brachyterapii	zarejestrowana pracownia terapii izotopowej	stopień referencyjności ośrodka	wymagana liczba specjalistów radioterapii	wymagana liczba techników radioterapii	wymagana liczba fizyków medycznych	inspektor ochrony radiologicznej	pracownia diagnostyczna (TK/ NMR) z przekazem wyników	możliwość wykonania scyntygrafii poterapeutycznej całego ciała	
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*	*21*	*22*	*23*	*24*
1	5.07.01.0000021	teleradioterapia paliatywna	180	X			X	X				X			I°- III°	≥2	≥4	1	X			cały cykl leczenia
2	5.07.01.0000022	teleradioterapia radykalna z planowaniem dwuwymiarowym (2D)	500	X			X	X				X			I°- III°	≥2	≥4	≥2	X	X		cały cykl leczenia
3	5.07.01.0000023	teleradioterapia radykalna z planowaniem trójwymiarowym (3D)	800	X			X	X		X	X	X			III°	≥4	≥6	≥2	X	X [1]		cały cykl leczenia
4	5.07.01.0000024	teleradioterapia śródoperacyjna	100	X				X		X	X	X			III°	≥4	≥6	≥2	X	X [1]		cały proces leczenia
5	5.07.01.0000025	brachyterapia standardowa	400		X		X	X		X			X		II°- III°	≥2	≥4	1	X	X		cały proces leczenia
6	5.07.01.0000026	brachyterapia 3D z planowaniem jednoczasowym (real time)	520		X		X	X		X	X		X		III°	≥4	≥4	≥2	X	X [1]		cały proces leczenia
7	5.07.01.0000027	brachyterapia guza wewnątrzgałkowego ^{125}I	180		X			X		X			X		III°	≥4	≥6	1	X	X [1]		cały proces leczenia
8	5.07.01.0000028	brachyterapia guza wewnątrzgałkowego ^{106}Ru	200		X			X		X	X		X		III°	≥4	≥6	1	X	X [1]		cały proces leczenia
9	5.07.01.0000033	leczenie jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq, badanie kwalifikacyjne	90			X		X		X				X	III°			1	X	X	X	obejmuje kwalifikację wraz ze wszystkimi niezbędnymi badaniami
10	5.07.01.0000034	leczenie jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq (podanie ^{131}I)	386			X		X		X				X	III°			1	X	X	X	obejmuje podanie pełnej dawki radioizotopu wraz z konieczną hospitalizacją
11	5.07.01.0000035	leczenie jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq (podanie ^{131}I -meta-jodo-benzyl-guanidyny)	600			X		X		X				X	III°			1	X	X	X	obejmuje podanie pełnej dawki radioizotopu wraz z konieczną hospitalizacją
12	5.07.01.0000036	leczenie jodem radioaktywnym raka tarczycy dawkami powyżej 1000 MBq, badanie kontrolne	12			X		X		X				X	III°			1	X	X	X	obejmuje wszystkie wizyty i badania kontrolne w okresie jednego roku od zakończenia podawania radioizotopu
13	5.07.01.0000030	leczenie przeciwbólowe radioizotopami zmian przerzutowych do kości - ^{89}Sr	190			X	X	X		X				X	III°			1	X	X		cały proces leczenia
14	5.07.01.0000031	leczenie radioizotopowe innych schorzeń onkologicznych z zastosowaniem ^{131}I - meta-jodo-benzyl-guanidyny	700			X		X	X	X	X			X	III°			1	X	X	X	cały proces leczenia
15	5.07.01.0000032	leczenie przeciwbólowe radioizotopami zmian przerzutowych do kości - ^{153}Sm	450			X	X	X		X	X			X	III°			1	X		X	cały proces leczenia
16	5.07.01.0000020	teleradioterapia w leczeniu chorób skóry	30	X			X	X				X			I°- III°	≥2	≥4	1	X			cały proces leczenia (za cykl co najmniej 10 sesji)

Uwagi dodatkowe:

1 - wymagane bezpośrednie połączenie CT z systemem planowania 3D, seryjne CT w odstępach nie większych niż 1 cm, dozymetria in vivo

2 - wymagany stały kontrakt serwisowy z autoryzowanym przestawicielem producenta sprzętu

3 - wymagana regularna kalibracja i dozymetria aparatury wraz z dokumentacją

4 - możliwość łączenia z hospitalizacją do: teleradioterapii paliatywnej i radykalnej, brachyterapii i terapii izotopowej zgodnie z katalogiem świadczeń szpitalnych

										Załącznik nr 1c do mat_inf_SZP 2007 wprowadzonych zarządzeniem Nr /2006 Prezesa NFZ			
ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE													
CHEMIOTERAPIA													
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA			
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
5	0001				x	BIAŁACZKA OPORNA NA LECZENIE I NAWROTOWA		MITOXANTRONUM // CYTARABINUM // ETOPOSIDUM	6 mg/m2 dni 6 // 1000 mg/m2 dni 6 // 80 mg/m2 dni 6			x	
7	0002				x	BIAŁACZKA OPORNA NA LECZENIE I NAWROTOWA	CLAEG	CLADRIBINUM // CYTARABINUM // ETOPOSIDUM	0,12 mg//kg D 1-5 // 2000 mg/m2 dz..1-5 // 60 mg/m2 dz..1-5	x	x	x	
8	0003				x	BIAŁACZKA OPORNA NA LECZENIE I NAWROTOWA		CLADRIBINUM // CYTARABINUM	0,2 mg/kg D 1-5 // 2000 mg/m2 dz..1-5	x	x	x	
9	0004				x	BIAŁACZKA OPORNA NA LECZENIE I NAWROTOWA	IDA+ARABINOZYD CYTOZYNY	IDARUBICINUM // CYTARABINUM	10 mg/m2 dni 3 // 1000 mg/m2 dni 5	x	x	x	
10	0005				x	BIAŁACZKA OPORNA NA LECZENIE I NAWROTOWA	IDEA	IDARUBICINUM // CYTARABINUM // ETOPOSIDUM	12mg/m2 i.v d 3 - 5 // 100mg/m2 dz. 1 -8 // 150mg/m2 dz. 6 - 8	x	x	x	
11	0006				x	BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA INDUKCJA REMISJI		IDARUBICINUM // TRETINOINUM	12 mg/m2 dz.. 2, 4, 6, 8 // 45 mg/m2 przez minimum 30 dni			x	
13	0007		x		x	CHŁONIAK ZIARNICZY	MOPP	CHLORMETHINUM // VINCRISTINUM // PROCARBASINUM // PREDNISONUM	6 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 // 2 mg i.v. dz..1 i 8 // 100 mg/m2 p.o. dz.. 1 - 14 // 40 mg/m2 .p.o. dz.. 1-14 co 28 dni.	x	x	x	NITROGRANULOGEN, PROKARBAZYNA - import docelowy
14	0008		x	x	x	CHŁONIAK ZIARNICZY	ABVD	DOXORUBICINUM // VINBLASTINUM // DACARBAZINUM // BLEOMYCINUM	25 mg/m2 i.v. dz.1 I 15 // 6 mg/m2 i.v. dz.1 I 15 // 375 mg/m2 i.v. dz.. 1 I 15 // 10 mg/m2 i.v. dz. 1 I 15 co 28 dni		x	x	
15	0009		x		x	CHŁONIAK ZIARNICZY	MOPP/ABV	CHLORMETHINUM // VINCRISTINUM // PROCARBASINUM // PREDNISONUM // DOXORUBICINUM // VINBLASTINUM // BLEOMYCINUM	6 mg/m2 i.v. dz.. 1// 2 mg i.v. dz..1 // 100 mg/m2 p.o. dz.. 1-7 // 40 mg/m2 .p.o dz.. 1-14 // 35 mg/m2 i.v. dz.. 8 // 6 mg/m2 i.v. dz..8 // 10 mg/m2 i.v. dz.. 8 co 28 dni	x	x	x	NITROGRANULOGEN, PROKARBAZYNA - import docelowy
16	0010		x		x	CHŁONIAK ZIARNICZY	EVA	DOXORUBICINUM // VINBLASTINUM // ETOPOSIDUM	50 mg/m2 i.v. dz..1 // 6 mg/m2 i.v. dz..1 // 100 mg/m2 i.v. dz..1 - 3 co 28 dni	x	x	x	
17	0011		x		x	CHŁONIAK ZIARNICZY	STANFORD V (SKOJARZENIE Z RADIOTERAPIĄ)	CHLORMETHINUM // VINBLASTINUM // VINCRISTINUM // PREDNISONUM // DOXORUBICINUM // BLEOMYCINUM // ETOPOSIDUM	6 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 6 mg/m2 i.v. dz..1 I 15 // 2 mg i.v. dz..8 I 22 // 40 mg/dz..1-14 // 25 mg/m2 i.v. dz.. 1 I 15 // 10 mg/m2 i.v. dz.. 8 I 22 // 60 mg/m2 p.o. dz.. 15 I 16 co 28 dni	x	x	x	NITROGRANULOGEN - import docelowy
18	0012		x		x	CHŁONIAK ZIARNICZY	BEAco PP INTENSYFIKOWANY	BLEOMYCINUM / / ETOPOSIDUM // DOXORUBICINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM// VINCRISTINUM // PROCARBASINUM // PREDNISONUM	10mg/m2 dz..1 // 200 mg/m2 dni 3 // 35 mg/m2 dz.. 1 //1250 mg/m2 dz.. 1 // 1,4 mg/m2 dz.. 1 // 100 mg/m2 dz..1-7// 40 mg/m2 dz..1-14	x	x	x	PROCARBASINUM - import docelowy
29	0013				x	CHŁONIAKI ANAPLASTYCZNE	CEMP	CYTARABINUM // ETOPOSIDUM // MITOXANTRONUM // PREDNISONUM	100mg/m2, wlew ciągy, dz., 1-2//100mg/m2, dz.. 1-3//12 mg/m2, dz..1-2//100 mg/m2, dz.. 1-3	x	x	x	
30	0014		x	X	x	CHŁONIAKI NAWROTOWE	ESHAP	ETOPOSIDUM // METYLOPREDNIZOLON // CIS-PLATINUM // CYTARABINUM	40 mg/m2 i.v. dz.. 1-4 // 500 mg/m2 i.v. dz.. 1-4 // 25 mg/m2/dobę wlew ciagły dz.. 1-4 // 2g/m2 i.v. dz..5 co 21 dni	x	x	x	
31	0015		x		x	CHŁONIAKI NAWROTOWE	DHAP	DEXAMETHASONUM // CIS-PLATINUM // CYTARABINUM	40 mg i.v. dz.. 1-4 // 100 mg/m2 wlew ciągy 24H // 2000 mg/m2 i.v. p.o. DDP przez 3 g co 12 g. X 2 co 21-28 dni	x	x	x	
32	0016				X	CHŁONIAKI NAWROTOWE	ASHAP	DOXORUBICINUM // CIS-PLATINUM // CYTARABINUM // PREDNIZOLONUM	10 mg/m2 wlew ciągy dz..1-4 // 25 mg/m2 wlew ciągy dz..1-4 // 1500 mg/m2 dz..5 // 500 mg i.v. dz..1-5	X	X	x	
33	0017				X	CHŁONIAKI NAWROTOWE	VIP	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // CIS-PLATINUM//MESNUM	75 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 1200 mg/m2 dz.. 1-5 // 20 mg/m2 dz..1-5 // 1200mg/m2 X 5 co 28 dni	X	X	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	SPECJALNOŚCI			ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	WARUNKI WYKONANIA			
			ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA					TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
34	0018				X	CHŁONIAKI NAWROTOWE	EPOCH	ETOPOSIDUM // VINCRISTINUM// DOXORUBICINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // PREDNISONUM	50 mg/2 dz..1-4//0,4 mg/m2/ dz.. 1-4 // 10 mg/m2 dz.. 1-4 // 750 mg/m2 dz..6 // 60 mg/m2 dz..1-6	X	X	x	
35	0019		x		x	CHŁONIAKI NAWROTOWE	CN3OP	CYCLOPHOSPHAMIDUM // MITOXANTRONUM // VINCRISTINUM // PREDNISONUM	800 mg/m2i.v. dz..1 // 6 mg/m2 i.v. dz.. 1,2,3 // 2 mg i.v. dz..1 // 100 mg p.o. dz.. 1-5 co 21 dni	x	x	x	
36	0020				X	CHŁONIAKI NAWROTOWE	MINI-BEAM	CARMUSTINUM // ETOPOSIDUM // CYTARABINUM //MELPHALANUM	60 mg/m2 i.v. dz..1// 300 mg/m2 i.v. dz..1// 800 mg/m2 i.v. dz..1// 30 mg/m2 i.v. dz.1	X	X	x	CARMUSTINUM, MELPHALANUM i.v.. - import docelowy
37	0021		x		x	CHŁONIAKI NAWROTOWE	FLUDAP	CYTARABINUM // FLUDARABINUM // CIS PLATINUM // FILGRASTIMUM	1000 mg/m2 x2/dobę dz.. 1-2// 25mg/m2 dz..1-2 lub 40 mg p.o // 100 mg i.v. dz..1-3 // 263 mcg od 7 dni a do liczby granulocytów 1 g/l (ok. 10 dni)	x	x	x	
38	0022				X	CHŁONIAKI NAWROTOWE	DEXA-BEAM	DEXAMETOZONUM// CARMUSTINUM // ETOPOSIDUM // CYTARABINUM // MELPHALANUM	24 mg p.o. dz..1-10// 60 mg/m2 i.v. dz..1// 75 mg/m2 i.v. dz..4-7// 200mg/m2 i.v. dz..4-7// 20mg/m2 i.v. dz.3				
39	0023		X		X	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	CVP	CYCLOPHOSPHAMIDUM// VINCRISTINUM //PREDNISONUM	750 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 2 mg i.v. dz..1 // 40 mg/m2 dz.iennie p.o.dz..1-5 co 14-21 dni				
40	0024		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	COP	CYCLOPHOSPHAMIDUM// VINCRISTINUM //PREDNISONUM	800 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 2 mg i.v. dz..1 // 100 mg p.o.dz..1-5 co 14-21 dni	x	x	x	
41	0025		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	MEV	CYCLOPHOSPHAMIDUM // VINCRISTINUM // METHOTREXATUM	800 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 2 mg i.v. dz..4 // 20 mg/m2 i.v. dz.. 3 co 14 dni	x	x	x	
42	0026		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	CHOP	CYCLOPHOSPHAMIDUM // VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // PREDNISONUM	800 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 2 mg i.v. dz..1 // 50 mg/m2 i.v. dz..1 // 100mg p.o dz..1-5 co 14-21 dni	x	x	x	
43	0027		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	CHOP+BLEO	CYCLOPHOSPHAMIDUM // VINCRISTINUM // PREDNISONUM // DOXORUBICINUM // BLEOMYCINUM	800 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 2 mg i.v. dz..1 // // 100mg p.o. dz..1-5 //50 mg/m2 i.v. dz..1// 15mg/m2 dz. 1	x	x	x	
44	0028		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	PROMACE-CYTABOM	CYCLOPHOSPHAMIDUM// VINCRISTINUM // PREDNISONUM // DOXORUBICINUM // BLEOMYCINUM // ETOPOSIDUM // CYTARABINUM // METHOTREXATUM	650 mg/m2 dz.. 1 // 1,4 mg/m2 dz..1 // 60 mg/m2 dni 14 // 25 mg/m2 dz.. 1 // 5 mg/m2 dz.. 1 // 120 mg/m2 dz..1 // 300 mg/m2 // 120 mg/m2 Cotygodniowo przez okres 11 tygodni	x	x	x	
45	0029		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	MEVA	CYCLOPHOSPHAMIDUM // VINCRISTINUM // METHOTREXATUM // DOXORUBICINUM	800 mg/m2 i.v. dz.. 4 // 2 mg i.v. dz.. 7 // 20 mg/m2 i.v. dz.. 6 // 50 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 21 dni	x	x	x	
46	0030		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	HD-MEVA	CYCLOPHOSPHAMIDUM // VINCRISTINUM // METHOTREXATUM // DOXORUBICINUM	800 mg/m2 i.v. dz.. 4 // 2 mg i.v. dz.. 7 // 1000-3000 mg/m2 i.v. dz.. 6 // 50 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 21 dni	x	x	x	
47	0031		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	2CDA	CLADRIBINUM	0,12 mg/kg i.v. dz.. 1-5 + (75%) co 28 dni	x	x	x	
48	0032		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	CC	CLADRIBINUM + CYCLOPHOSPHAMIDUM	0,12 mg/kg i.v. dz.. 1-5 // 800 mg/m2 dz.. 1 co 28 dni	x	x	x	
49	0033		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	CMC	CLADRIBINUM // MITOXANTRONUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	0,12 mg/kg i.v. dz.. 1-3 // 10 mg/m2 dz..1 // 650 mg/m2 dz..1co 28 dni	x	x	x	
50	0034		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	CODOX-M	CYCLOPHOSPHAMIDUM // DOXORUBICINUM // VINCRISTINUM // CYTARABINUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS	800 mg/m2 i.v. dz.. 1, 200 mg/m2 i.v. dz.. 2-5 // 40 mg/m2 i.v. dz..1 i 8 // 2 mg i.v. dz..1 // 70 mg i.t. dz.. 1 i 3 // 6720 mg/m2 i.v../24H dz.. 10 // 260 mg/m2 dz.. 11	x	x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA				
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
51	0035		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	i.v.AC	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM // CYTARABINUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS	60 mg/m2 dz.. 1-5 // 1500 mg/m2 dz.. 1-5 // 1500 mg/m2 dz.. 1-5 // 360 mg/m2 z IFOSFAMIDEM, następnie co 3 godz.. X 7 // 2000 mg/m2 co 12 godz.. dz.. 1 I 2 // 12 mg ITH // 15mg X1 p.o. 24 godz.. – do 6 cykli	x	x	x	
52	0036				x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	AMCDO/MAMA-L - CZEŚĆ A	CYTARABINUM // METHOTREXATUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // DOXORUBICINUM // VINCRISTINUM	50mg/m2 i.t. dz.. 1, 2, 3, 11// 12 mg/m2 i.t dz.. 4, 11 // 300 mg/m2 co 12 godz.. , 6 dawek // 50 mg/m2, dz.. 4 // 1,5 mg/m2, dz.. 4, 11	x	x	x	ZWŁASZCZA ZAJĘCIE OUN
53	0037				x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	AMCDO/MAMA-L - CZĘŚĆ B	METHOTREXATUM // CYTARABINUM // METHOTREXATUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // CALCII FOLINAS // CALCII FOLINAS	12mg/m2 i.t, dz.. 1// 50mg/m2 i.t, dz.. 1//200mg/m2 i.v., bolus, dz.. 1//800mg/m2 i.v., wlew ciągy 24 godz..dz.. 1//3000mg/m2, wlew 3 godz.., co 12 godz.., 4 dawki // 30mg/m2, 1 dawki, p.o. 18 godz..p.o. MTX // 3mg/m2, 2,3,4 dawka, co 12 godz..	x	x	x	ZWŁASZCZA ZAJĘCIE OUN
54	0038		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	FC	FLUDARABINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	30 mg/m2 i.v. dz..1-3 lub 50 mg p.o. // 250 mg/m2 i.v. dz..1-3	x	x	x	
55	0039		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE		FLUDARABINUM	25 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 (25%) lub 40 mg p.o.	x	x	x	
56	0040		x		x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	LP	CHLORAMBUCILUM // PREDNISONUM	6 mg/m2 p.o dz..1-5 // 40 mg/m2 p.o. dz.. 1-14 co 28 dni	x	x	x	
57	0041				x	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	FMD	FLUDARABINUM // MITOXANTRONUM // DEXAMETHASONUM	25 mg/m2 i.v. d. 1 - 3 lub 40 mg p.o. // 10 mg/m2 i.v. D 1 // 20 mg p.o. D 1 - 5	x	x		
58	0042		X		X	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	FMC	FLUDARABINUM // MITOXANTRONUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	25 mg/m2 i.v. lub 40 mg p.o.dz.1-3 // 10 mg/m2 i.v. dz.1// 250 mg/m2 i.v. dz.. 1-3				
59	0043				X	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	HYPER-CVAD	CYCLOPHOSPHAMIDUM// MESNA// DOXORUBICINUM// VINCRISTINUM// DEXAMETAZONUM	2X300mg/m2 i.v. dz..1-3/ /600 mg/m2 i.v. dz..1-3// 50 mg/m2 i.v. dz..4// 2 mg dz..4 i 11// 40 mg p.o. dz.. 1-4 i 11-14				
60	0044				X	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	HD-MTX/ARA-C	METHOTREXATUM// CALCII FOLINAS// CYTARABINUM	1100 mg/m2 i.v. dz.. 1//300 mg i.v. dz..1-3//2x3000 mg/m2 i.v. dz.. 2-3				
70	0045			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ANAPLASTYCZNE	(ALCL) PROTOKÓŁ LECZENIA ALCL-99 [cykl P]	DEXAMETHASONUM // DEXAMETHASONUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM// METHOTREXATUM // CYTARABINUM // HYDROCORTISONUM	5 mg/m2 p.o lub i.v. dz.. 1,2// 10 mg/m2 p.o. lub i.v. dz.. 3-5 // 200 mg/m2 i.v dz. 1.2 /m2 i.v. // 12 mg i.t. dz.. 1 // 30 mg i.t. dz..1 // 10 mg i.t. dz.. 1		x	x	
71	0046			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ANAPLASTYCZNE	(ALCL) PROTOKÓŁ LECZENIA ALCL-99 [cykl A]	DEXAMETHASONUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // IFOSFAMIDUM // MESNUM // CYTARABINUM // ETOPOSIDUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // HYDROCORTISONUM	10 mg/m2 p.o lub i.v. . dz.. 1-5 // 1g/m2 i.v. dz.. 1 // 3 X 15 mg/m2 i.v. // 330 mg/m2 i.v. x3// 150 mg/m2 i.v. dz..4,5 // 100 mg/m2 i.v. dz.. 4,5 // 100 mg/m2 i.v. dz.. 4,5 // 12 mg i.t. dz.. 1 // 30 mg i.t. dz..1 // 10 mg i.t. dz.. 1		x	x	
72	0047			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ANAPLASTYCZNE	(ALCL) PROTOKÓŁ LECZENIA ALCL-99 [cykl B] KURS B	DEXAMETHASONUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // CYCLOPHOSPHAMIDUM // DOXORUBICINUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // HYDROCORTISONUM	10 mg/m2 p.o lub i.v dz.. 1-5 // 1g/m2 i.v. dz.. 1 // 3 X 15 mg/m2 i.v. // 200 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 25 mg/m2 i.v. dz..4,5 // 12 mg i.t. dz.. 1 // 30 mg i.t. dz..1 // 10 mg i.t. dz.. 1		x	x	
73	0048			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ANAPLASTYCZNE	(ALCL) PROTOKÓŁ LECZENIA ALCL-99 KURS AV [cykl AV]	DEXAMETHASONUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // MESNUM // IFOSFAMIDUM // CYTARABINUM // ETOPOSIDUM // VINBLASTINUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // HYDROCORTISONUM	10 mg/m2 p.o lub i.v. dz.. 1-5 // 1g/m2 i.v. dz.. 1 // 3 X 15 mg/m2 i.v. //330 mg/m2x3/150 mg/m2 i.v. dz..4,5// / 6 mg/m2 i.v. dz.. 1 //100 mg/m2 i.v dz. 4,5// 12 mg i.t. dz.. 1 // 30 mg i.t. dz..1 // 10 mg i.t. dz.. 1		x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	SPECJALNOŚCI: ONKOLOGIA	SPECJALNOŚCI: HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	SPECJALNOŚCI: HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	WARUNKI WYKONANIA: TRYB AMBULATORYJNY	WARUNKI WYKONANIA: ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	WARUNKI WYKONANIA: HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
74	0049			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ANAPLASTYCZNE	(ALCL) PROTOKÓŁ LECZENIA ALCL-99 KURS BV[cykl BV]	DEXAMETHASONUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // CYCLOPHOSPHAMIDUM// DOXORUBICINUM // VINBLASINUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // HYDROCORTISONUM	10 mg/m2 p.o lub i.v. dz.. 1-5 // 1g/m2 i.v. dz.. 1 // 3 X 15 mg/m2 i.v. // 200 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 25 mg/m2 i.v. dz..4,5 // 6 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 12 mg i.t. dz.. 1 // 30 mg i.t. dz..1 // 10 mg i.t. dz.. 1		x	x	
75	0050			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ANAPLASTYCZNE	(ALCL) PROTOKÓŁ LECZENIA ALCL-99 [cykl AM] KURS AM	DEXAMETHASONUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // IFOSFAMIDUM // MESNUM // CYTARABINUM // ETOPOSIDUM	10 mg/m2 p.o lub i.v. dz.. 1-5 // 3g/m2 i.v. dz.. 1 // 12 X 15 mg/m2 i.v. // 800 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 330 mg/m2 i.v.X3 // 150 mg/m2 i.v. dz.. 4,5 // 100 mg/m2 i.v. dz.. 4,5		x	x	
76	0051			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ANAPLASTYCZNE	(ALCL) PROTOKÓŁ LECZENIA ALCL-99 [cykl BV]	DEXAMETHASONUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // CYCLOPHOSPHAMIDUM// DOXORUBICYNUM // VINBLASTINUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // HYDROCORTISONUM	10mg/m2 p.o lub i.v. dz.. 1-5 // 1g/m2 i.v. dz.. 1 // 3 X 15mg/m2 i.v. // 200mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 25mg/m2 i.v. dz..4,5// 6mg/m2 i.v. dz.. 1 // 12 mg i.t. dz.. 1 // 30 mg i.t. dz..1 // 10 mg i.t. dz.. 1		x	x	
77	0052			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ANAPLASTYCZNE	(ALCL) PROTOKÓŁ LECZENIA ALCL-99 [cykl AV]	DEXAMETHASONUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // IFOSFAMIDUM // MESNUM // CYTARABINUM // ETOPOSIDUM	10 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 3 g/m2 i.v. dz.. 1 // 12 X 15mg/m2 i.v. // 800 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 800 mg/m2 i.v. dz..1-5 // 2 X 150 mg/m2 i.v. dz.. 4,5 // 100 mg/m2 i.v. dz.. 4,5		x	x	
78	0053			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ANAPLASTYCZNE	(ALCL) PROTOKÓŁ LECZENIA ALCL-99 [cykl BM]	DEXAMETHASONUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // CYCLOPHOSPHAMIDUM // DOXORUBICINUM	10mg/m2 p.o lub i.v. dz.. 1-5 // 3g/m2 i.v. dz.. 1 // 12 X 15mg/m2 i.v. // 200mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 25mg/m2 i.v. dz..4,5		x	x	
79	0054			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ANAPLASTYCZNE	(ALCL) PROTOKÓŁ LECZENIA ALCL-99 [cykl AMV]	DEXAMETHASONUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // IFOSFAMIDUM // MESNUM // CYTARABINUM // VINBLASTINUM // ETOPOSIDUM	10 mg/m2 p.o lub i.v.dz.. 1-5 // 3g/m2 i.v. dz.. 1 // 12 X 15 mg/m2 i.v. // 800 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 800 mg/m2 i.v. dz..1-5 // 330mg/m2 i.v. dz.. 4,5 // 6 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 100 mg/m2 i.v. dz.. 4,5		x	x	
80	0055			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ANAPLASTYCZNE	(ALCL) PROTOKÓŁ LECZENIA ALCL-99 [cykl BMV]	DEXAMETHASONUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // CYCLOPHOSPHAMIDUM // DOXORUBICINUM // VINBLASTINUM	10 mg/m2 p.o lub i.v. dz.. 1-5 // 3g/m2 i.v. dz.. 1 // 12 X 15 mg/m2 i.v. // 200 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 25 mg/m2 i.v. dz.. 4,5 // 6 mg/m2 i.v. dz..1		x	x	
81	0056			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE BFM –96 DLA ANLL DLA GRUPY WYSOKIEGO RYZYKA		CYTARABINUM // CYTARABINUM // IDARUBICINUM // ETOPOSIDUM	100 mg/m2 i.v. dz..1,2 // 100 mg/m2 i.v.., 2X/D, dz.. 3-8 // 12 mg/m2, i.v.., dz.. 3,4,5 // 150 mg/m2, i.v.., dz.. 6,7,8		x	x	
82	0057			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE BFM-96 DLA ANLL DLA GRUPY STANDARDOWEGO RYZYKA	INDUKCJA	CYTARABINUM // CYTARABINUM // IDARUBICINUM // ETOPOSIDUM	100 mg/m2 i.v. dz..1,2 // 100 mg/m2 i.v.., 2X/D, dz.. 3-8 // 12 mg/m2, i.v.., dz.. 3,4,5 // 150 mg/m2, i.v.., dz.. 6,7,8		x	x	
89	0058			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 co P	VINCRISTINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // PREDNISONUM // METHOTREXATUM	1mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 300 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 7 // 15 mg X 1		x	x	
90	0059			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 co PADM 1 (B)	METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // DOXORUBICINUM // PREDNISONUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // VINCRISTINUM // METHOTREXATUM	3 g/m2/dz.. i.v. X 1 // 4x 30mg/m2 i.v. dni 2-4 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 500 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 2 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 15 mg X 2 i.t.		x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
Lp.	kod kursu	SPECJALNOŚCI				ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	WARUNKI WYKONANIA			
		GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA					TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
91	0060			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 co PADM 2 (B)	METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // DOXORUBICINUM // PREDNISONUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM// VINCRISTINUM // METHOTREXATUM	3 g/m2/dz.. i.v. X 1 // 4x 30mg/m2 i.v. dni 2-4 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 7 // 500 mg/m2/dz.. i.v. X 6 // 2 mg/m2/dz.. i.v. X 2 // 15 mg X 2 IT		x	x	
92	0061			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 co PADM 1 (C)	METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // DOXORUBICINUM // PREDNISONUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM// VINCRISTINUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM	8g/m2/dz.. i.v. X 1 // 4x 30mg/m2 i.v. dni 2-4 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 500 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 2 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 15 mg X 3 IT // 30 mg X 1 i.t.		x	x	
93	0062			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 co PADM 2 (C)	METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // DOXORUBICINUM // PREDNISONUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM// VINCRISTINUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM	3 g/m2/dz.. i.v. dz. 1 // 4x 30mg/m2 i.v.. dni 2-4 // 60 mg/m2/dz.. i.v. dz. 2 // 60 mg/m2/dz.. i.v. d 1-6 // 500 mg/m2/dz.. i.v. dz. 2-4, // 2 mg/m2/dz.. i.v. dz. 1,6 // 15 mg IT d 2 i 6// 30 mg ith dz. 1, 4, 6		x	x	
94	0063			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 CYM	METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // CYTARABINUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM	3g/m2/dz.. i.v. X 1 // 4x 15mg/m2 i.v. dni 2-4 // 100 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 15 mg X 1 i.t. // 30 mg X 1 i.t.		x	x	
95	0064			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 CYVE	CYTARABINUM // CYTARABINUM // ETOPOSIDUM	3 g/m2/dz.. i.v. X 4 // 50 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 200 mg/m2/dz.. i.v. X 5		x	x	
96	0065			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 SEKWENCJA I (B)	METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // DOXORUBICINUM // PREDNISONUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM// VINCRISTINUM // METHOTREXATUM	3 g/m2/dz.. i.v. X 1 // 4x 30mg/m2 i.v. dni 2-4I // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 500 mg/m2/dz.. i.v. X 2 // 2 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 15 mg X 1 IT		x	x	
97	0066			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 SEKWENCJA I (C)	METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // DOXORUBICINUM // PREDNISONUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM// VINCRISTINUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM	8 g/m2/dz.. i.v. X 1 // 4x 30mg/m2 i.v. dni 2-4 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 500 mg/m2/dz.. i.v. X 2 // 2 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 15 mg X 1 IT // 30 mg X 1 i.t.		x	x	
98	0067			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 co PADM (A)	VINCRISTINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM// DOXORUBICINUM // PREDNISONUM	2 mg/m2 i.v. dz..1,6 // 500 mg/m2 i.v. dz..1,3 // 60 mg i.v. dz..1 // 60 mg p.o. dz.. 1-7		x	x	
99	0068			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 co P (C)	VINCRISTINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM// METHOTREXATUM // HYDROcoRTISONUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM	2 mg/m2 i.v. dz..1 // 300 mg/m2 i.v. dz..1 // 15 mg i.t. dz.. 1.3.5 // 15 mg i.t. dz.. 1,3,5 // 30 mg i.t. dz.. 1,3,5 // 60 mg/m2 p.o. lub i.v. dz.. 1-7		x	x	
100	0069			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 WZNOWY ICE	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM // CIS-PLATINUM	60 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 900 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 900 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 20 mg/m2/dz.. i.v. X 5		x	x	
101	0070			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 SEKWENCJA II I i.v.	CYTARABINUM // ETOPOSIDUM	100 mg/m2/dz..s.c. X 5 // 150 mg/m2/dz.. i.v. X 3		x	x	
102	0071			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE	LMB-89 SEKWENCJA III C	DOXORUBICINUM // PREDNISONUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM// VINCRISTINUM	60 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 500 mg/m2/dz.. i.v. X 2 // 2 mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE													
CHEMIOTERAPIA													
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA			
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
103	0072			x		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE CHŁONIAKI B KOMÓRKOWE LECZENIE PODTRZYMUJĄCE	LMB-89	METHOTREXATUM	50 mg/m2/dz.. i.v. X 1 i.v.		x	x	
109	0073	x	x			CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA (PRZYPADKI Z KORZYSTNYMI CZYNNIKAMI ROKOWNICZYMI)	M	METHOTREXATUM	0,4mg/kg m,c. i.m lub i.v. dz..1-5 co 14 dni	x	x	x	
110	0074	x	x			CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA (PRZYPADKI Z KORZYSTNYMI CZYNNIKAMI ROKOWNICZYMI)	ML	METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS	1 mg/kg (max 70mg) i.v. dz..1,3,5,7// 7,5 mg/m2 i.v. dz.. 2,4,6,8 co 14 dni	x	x	x	
111	0075	x	X			CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA (PRZYPADKI Z KORZYSTNYMI CZYNNIKAMI ROKOWNICZYMI)	DACT	DACTINOMYCIMUM	10µg/kg (max. do 0,5mg) i.v. dz. 1-5 co 14 dni lub 1,25/m2 co 14 dni	X	X	x	DAKCTINOMYCINUM - import docelowy
112	0076	x	x			CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA (PRZYPADKI Z NIEKORZYSTNYMI CZYNNIKAMI ROKOWNICZYMI)	EMA-CE	ETOPOSIDUM // DACTINOMYCIMUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // CIS-PLATINUM	100 mg/m2 i.v. dz.. 1,2 , 8 // 0.5 mg i.v. dz.. 1 , 2 // 100 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 200 mg/m2 i.v. (12 godz.in) dz.. 1 // 15 mg i.v. LUB p.o. co 12 godz.in X 4 dz.. 2 // 80 mg/m2 i.v. dz.. 8 co 14 dni	X	X	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
113	0077	x	x			CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA (PRZYPADKI Z NIEKORZYSTNYMI CZYNNIKAMI ROKOWNICZYMI)	EMA-co	ETOPOSIDUM // DACTINOMYCIMUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // VINCRISTINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	100 mg/m2 i.v. dz.. 1,2 // 0,5 mg i.v. dz.. 1 I 2 // 100 mg/m2 i.v. dz.. 1 I 200 mg/m2 i.v. (12 godz.in) dz.. 1 // 15 mg i.v. lub p.o. co 12 godz.in X 4 dz.. 2 // 1 mg mg/m2 i.v. dz.. 8 // 600 mg/m2 i.v. dz.. 8 co 14 dni	X	X	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
114	0078		x			CZERNIAK ZŁOŚLIWY	DTIC5	DACARBAZINUM	250mg/m2 i.v. dz..1-5 co 28 dni	x	x	x	
115	0079		x			CZERNIAK ZŁOŚLIWY	BOLD	BLEOMYCINUM // VINCRISTINUM // LOMUSTINUM // DACARBAZINUM	10 mg/m2 i. v. dz..1.8, 15 // 1,4mg/m2 i.v.. dz.. 1,8, 15 //80 mg p.o. dz.. 1 // 250 mg/m2 i.i.v... dz.. 1, 8, 15 co 28 dni	x	x	x	LOMUSTINUM - import docelowy
116	0080		X			CZERNIAK ZŁOŚLIWY	DTIC1	DACARBAZINUM	1000 mg/m2 i.v. dz..1 co 21 dni	X	X	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE													
CHEMIOTERAPIA													
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA			
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
117	0081		X			CZERNIAK ZŁOŚLIWY	CVD	CIS-PLATINUM // VINBLASTINUM // DACARBAZINUM	20 mg/m2 i.v. dz.. 1-4 // 1,6 mg/m2 i.v. dz.. 1-4 // 250 mg/m2 i.v. dz.. 1-4 co 21 dni	X	X	x	
118	0082		X			CZERNIAK ZŁOŚLIWY	DARTMOUTH	CIS-PLATINUM // CARMUSTINUM // DACARBAZINUM // TAMOXIFENUM	25 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 // 150 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 220 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 // 20 mg p.o. przez 21 dni co 3 tygodnie	X	X	x	
125	0083			x		GLEJAKI ŁAGODNE	VCR	VINCRISTINUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. x 1 w tyg		x	x	
126	0084			x		GLEJAKI ŁAGODNE	PROTOKÓŁ i.v.	VINCRISTINUM // CARBOPLATINUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1 // 600 mg/m2/dz.. i.v. 1 co 21 dni		x	x	
127	0085			x		GLEJAKI ŁAGODNE	PROTOKÓŁ D	ETOPOSIDUM // DACARBAZINUM	150 mg/m2/dz.. i.v. 1-3 // 250 mg/m2/dz.. i.v. 1 - 3 co 21 dni		x	x	
128	0086			x		GLEJAKI ŁAGODNE	PROTOKÓŁ ICE M	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM // CIS-PLATINUM	60 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 // 900 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 // 900 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 // 20mg/m2/dz.. i.v. 1-5 co 21 dni		x	x	
129	0087			x		GLEJAKI ŁAGODNE	PROTOKÓŁ P	VINCRISTINUM // LOMUSTINUM // CIS-PLATINUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. x1 // 75mg/m2/dz..p.o. x 1 // 75mg/m2/dz.. i.v. x 1co 6 tygodni		x	x	LOMUSTINUM - import docelowy
131	0088			x		GLEJAKI ZŁOŚLIWE	VCR	VINCRISTINUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. x 1 w tyg		x	x	
132	0089			x		GLEJAKI ZŁOŚLIWE	PROTOKÓŁ II A	DOXORUBICINUM // MESNUM // IFOSFAMIDUM	20 mg/m2/dz.. i.v. 1-3 // 3000mg/m2/dz.. i.v. 1-4 // 3000 mg/m2/dz.. i.v. 1-3 co 21 dni		x	x	
133	0090			x		GLEJAKI ZŁOŚLIWE	PROTOKÓŁ II B	ETOPOSIDUM // MESNUM // IFOSFAMIDUM	150 mg/m2/dz.. i.v. 1-3// 3000mg/m2/dz.. i.v..1-4 // 3000 mg/m2/dz.. i.v. 1-3 co 21 dni		x	x	
134	0091			x		GLEJAKI ZŁOŚLIWE	PROTOKÓŁ P	VINCRISTINUM // LOMUSTINUM // CIS-PLATINUM	1,5 mg/m2/dz..1 // 75 mg /m2/dz.. p.o. 1 // 75mg/m2/dz.. i.v. 1 co 6 tyg		x	x	LOMUSTINUM - import docelowy
135	0092		X			GLEJAKI ZŁOŚLIWE	CCNU	LOMUSTINUM	100-130 mg/m2 p.o. co 6 tygodni	X	X	x	LOMUSTINUM - import docelowy
136	0093		X			GLEJAKI ZŁOŚLIWE	BCNU	CARMUSTINUM	200-240 mg/m2 i.v. co 6 tygodni	X	X	x	
137	0094		X			GLEJAKI ZŁOŚLIWE	PCV	PROCARBAZINUM // LOMUSTINUM // VINCRISTINUM	60 mg/m2 p.o. dz.. 8-21 // 110 mg/m2 p.o. dz.. 1 // 1.4 mg/m2 i.v. dz.. 8 i 29 co 42-56 dni	X	X	x	LOMUSTINUM - import docelowy
138	0095			x		GLEJAKI ZŁOŚLIWE	T	TEMOZOLAMIDUM	200mg/m2 p.o. dni 1-5	x	x	x	
139	0096			x		GLEJAKI ZŁOŚLIWE	TC	TEMOZOLAMIDUM // CIS-PLATINUM	150mg/m2 p.o. dni 1 -5 // 20mg/m2 i.v. dni 1-5			x	
140	0097		x			GRASICZAK INWAZYJNY	ADco	DOXORUBICINUM // CIS-PLATINUM // VINCRISTINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	40mg/m2 i.v. dz..1//50mg/m2 i.v. dz..1//0,6mg/m2 i.v. dz..3//750mg/m2 i.v. dz.. 4 co 21 dni	x	x	x	
141	0098		X			GUZ CHROMOCHŁONNY	CVD	CYCLOPHOSPHAMIDUM// VINCRISTINUM // DACARBAZINUM	750 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 1.4 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 600 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 2 co 21-28 dni	X	X	x	
143	0099			x		GUZ WILMSA	AV3/1	VINCRISTINUM // DACTINOMYCIMUM	1,5 mg/m2dz.. i.v. X 1 // 15 mcg/kg/dz.. i.v. X 3		x	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
144	0100			x		GUZ WILMSA	AV-1	VINCRISTINUM // DACTINOMYCIMUM	1,5 mg/m2dz.. i.v. X 1 // 45 mcg/kg/dz.. i.v. X 1		x	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
145	0101			x		GUZ WILMSA	VCR	VINCRISTINUM	1,5 mg/m2dz.. i.v. X 1		x	x	
146	0102			x		GUZ WILMSA	DD	DACARBAZINUM // DOXORUBICINUM	250mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 50 mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x	
147	0103			x		GUZ WILMSA	CD	CYCLOPHOSPHAMIDUM// DOXORUBICINUM	450mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 50 mg/m2/dz.. i.v. 1		x	x	
148	0104			x		GUZ WILMSA	KE	CARBOPLATINUM // ETOPOSIDUM // DOXORUBICINUM	200 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 150 mg/m2 /dz.. i.v. X dz..3 // 30 mg/m2/dz.. i.v. X 2		x	x	
149	0105			x		GUZ WILMSA	AVD	VINCRISTINUM // DACTINOMYCIMUM // DOXORUBICINUM	1,5 mg/m2dz.. i.v. X 1 // 45 mcg/KG/dz.. i.v. X 1 // 50 mg/m2dz..1		x	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
150	0106			x		GUZ WILMSA		VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM	1,5 mg/m2 // 50 mg/m2		x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE													
CHEMIOTERAPIA													
Lp.			SPECJALNOŚCI			ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	WARUNKI WYKONANIA			
	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA					TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
151	0107			x		GUZ WILMSA		IFOSFAMIDUM // MESNUM // DOXORUBICINUM	6 g/m2 // 10 g/m2 // 50 mg/m2		x	x	
153	0108			x		GUZY PNIA	VCR	VINCRISTINUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. X 1 w tyg		x	x	
154	0109			x		GUZY ZARODKOWE	IGR-2	DACTINOMYCIMUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // VINCRISTINUM	500 mcg/m2/dz.. i.v. X 5 // 150 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 1,5 mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
155	0110			x		GUZY ZARODKOWE	IGR- 2 Z MTX	DACTINOMYCIMUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // METHOTREXATUM	300 mcg/m2/dz.. i.v. X 5 // 300 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 7 mg/m2/dz.. i.v. X 5		x	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
156	0111			x		GUZY ZARODKOWE	JEB	CARBOPLATINUM // ETOPOSIDUM // BLEOMYCINUM	600 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 120 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 15 mg/m2/dz.. i.v. X 3		x	x	
157	0112			x		GUZY ZARODKOWE	PROTOKÓŁ V A	ETOPOSIDUM // CARBOPLATINUM	100 mg/m2/dz.. i.v. X3 // 600mg/m2/dz.. i.v..X1		x	x	
158	0113			x		GUZY ZARODKOWE	IGR	CIS-PLATINUM // BLEOMYCINUM // DOXORUBICINUM // VINCRISTINUM	100 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 15 mg/m2/dz.. i.v. X 2 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 1,5 mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x	
159	0114			x		GUZY ZARODKOWE	IGR- 2/PVB	CIS-PLATINUM // BLEOMYCINUM // VINBLASTINUM	100 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 15 mg/m2/dz.. i.v. X 2 // 3 mg/m2/dz.. i.v. X 2		x	x	
160	0115			x		GUZY ZARODKOWE	PEB	CIS-PLATINUM // ETOPOSIDUM // BLEOMYCINUM	20 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 100 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 15 mg/m2/dz.. i.v. X 2		x	x	
161	0116			x		GUZY ZARODKOWE	VIP	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM // CIS-PLATINUM	75 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 3000 mg/m2/dz.. X 2 // 3000 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 20 mg/m2/dz.. i.v. X 5		x	x	
162	0117			x		GUZY ZARODKOWE	VBP	VINBLASTINUM // BLEOMYCINUM // CIS-PLATINUM	3 mg/m2 x2// 15 mg/m2 x 2// 100 mg/m2		x	x	
163	0118	x		x		GUZY ZARODKOWE	ABK	BLEOMYCINUM // DOXORUBICINUM // CARBOPLATINUM	30 mg/m2 // 60 mg/m2 // 600 mg/m2		x	x	
164	0119			X		GUZY ZARODKOWE CUN NIEWYDZIELAJĄCE	V	IFOSFAMIDUM // ETOPOSIDUM//MESNUM	1800mg/m2 1-5//100mg/m2 1-3// 1800mg/m2/dz.. 5 co 28 dni	X	X	x	
165	0120			X		GUZY ZARODKOWE CUN WYDZIELAJĄCE	V	CIS-PLATINUM // IFOSFAMIDUM // ETOPOSIDUM//MESNUM	20mg/m2 1-5 //1500mg/m2 1-5//100mg 1-3//1500mg/m2/dz.. 5 co 28 dni	X	X	x	
166	0121			x		HEPATOBLASTOMA	SUPER PLADO	CARBOPLATINUM // DOXORUBICINUM	500 mg/m2/dz.. i.v. 1// 30 mg/m2/dz.. i.v. 1-2 co 21-28 dni		x	x	
167	0122			x		HEPATOBLASTOMA		FLUOROURACILUM // DOXORUBICINUM	500 mg/m2/dz.. i.v. 1 // 20 mg/m2/dz.. i.v. 1-3co 21 dni		x	x	
168	0123			x		HEPATOBLASTOMA	PLA	CIS-PLATINUM	80 mg/m2/dz.. i.v. X 1co 21 dni		x	x	
169	0124			x		HEPATOBLASTOMA	PLADO	CIS-PLATINUM // DOXORUBICINUM	80 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 30 mg/m2/dz.. i.v. X 2		x	x	
170	0125			x		HISTIOCYTOZA	DAL – HX – 83	ETOPOSIDUM	60 mg/m2/dz.. i.v. X 5		x	x	
171	0126			x		HISTIOCYTOZA	DAL – HX – 83	VINBLASTINUM	6 mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x	
172	0127			x		HISTIOCYTOZA	DAL – HX – 83	ETOPOSIDUM	150 mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x	
173	0128			x		HISTIOCYTOZA	M	METHOTREXATUM	3 mg/kg i.v. 1X		x	x	
174	0129			x		HISTIOCYTOZA	INDUKCJA A+B	PREDNISONUM // VINBLASTINUM	30mg/kg i.v dz. 1-3 // 6 mg/m2 i.v. dz. 1		x	x	
175	0130			x		HISTIOCYTOZA	INDUKCJA C	PREDNISONUM // VINBLASTINUM // ETOPOSIDUM	40 mg p.o. 42X // 6 mg i.v. 6X // 150 mg i.v. 6X		x	x	
176	0131			x		HISTIOCYTOZA	PODTRZYMANIE A	VINBLASTINUM // PREDNISONUM	6 mg i.v. 6X // 40 mg p.o. 45X		x	x	
177	0132			x		HISTIOCYTOZA	PODTRZYMANIE B	VINBLASTINUM // PREDNISONUM // MERCAPTOPURINUM	6 mg i.v. 9X // 40 mg p.o. 45X // 50 mg p.o. 294X		x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE													
CHEMIOTERAPIA													
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA			
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
178	0133			x		HISTIOCYTOZA	PODTRZYMANIE C	VINBLASTINUM // PREDNISONUM // MERCAPTOPURINUM // ETOPOSIDUM	6 mg i.v. 9X // 40 mg p.o. 45X // 50 mg p.o. 294X // 150 mg i.v. 9X		x	x	
179	0134			x		HISTIOCYTOZA	PODTRZYMANIE M	METHOTREXATUM	3mg/kg i.v. 1X		x	x	
181	0135			x		INNE RZADKIE NOWOTWORY (RAKI PRZEWODU POKARMOWEGO, RAKI NARZĄDU RODNEGO)	FU+ LV	FLUOROURACILUM // CALCII FOLINAS	425 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 // 25 mg/m2/dz.. i.v..1-5 co 28 dni		x	x	
182	0136			x		INNE RZADKIE NOWOTWORY (RAKI PRZEWODU POKARMOWEGO, RAKI NARZĄDU RODNEGO)	DP	DOXORUBICINUM // CIS-PLATINUM	20 mg/m2/dz.. i.v. 1-3 // 30 mg/m2/dz.. i.v. 1-3co 21 dni		x	x	
183	0137			x		INNE RZADKIE NOWOTWORY (RAKI PRZEWODU POKARMOWEGO, RAKI NARZĄDU RODNEGO)	FAM	FLUOROURACILUM // DOXORUBICINUM // MITOMYCINUM	500 mg/m2/dz.. i.v. 1-3// 20 mg/dz..1-3// 4 mg/m2/dz.. i.v. 1-3, Fu+ADM co 21 dni , a Mitomycyna co 6 tyg		x	x	
184	0138			x		INNE RZADKIE NOWOTWORY (RAKI PRZEWODU POKARMOWEGO, RAKI NARZĄDU RODNEGO)	PFF+LV	CIS-PLATINUM // CALCII FOLINAS // FLUOROURACILUM // EPIRUBICINUM	30 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 100 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 500 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 50 mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x	
188	0139			x		MEDULLOBLASTOMA	PNET PROTOKÓŁ IB	VINCRISTINUM // ETOPOSIDUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // MESNUM	1,5mg/m2/dz..1// 150mg/m2/dz..1-3 // 1500 mg/m2/dz.. 1 // 750 mg/m2/dz..1- 3		x	x	
189	0140			x		MEDULLOBLASTOMA	PNET PROTOKÓŁ III	ETOPOSIDUM // CIS-PLATINUM // VINCRISTINUM	100mg/m2/dz..1-3 // 30 mg/m2/dz.. 1-3 // 1,5mg/m2/dz..1		x	x	
190	0141			x		MEDULLOBLASTOMA	PNET ICE M	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM // CIS-PLATINUM	100 mg/m2/dz..1-5 // 900 mg/m2/dz..1-5 // 900 mg/m2/dz..1-6 // 20 mg/m2/dz..1-5		x	x	
191	0142			x		MEDULLOBLASTOMA	PNET PROTOKÓŁ P	VINCRISTINUM // LOMUSTINUM // CIS-PLATINUM	1,5mg/m2/dz..1 // 75mg/m2/dz..1 p.o. // 75mg/m2/dz..1 i.v..		x	x	LOMUSTINUM - import docelowy
192	0143			x		MEDULLOBLASTOMA	PNET PROTOKÓŁ IA	VINCRISTINUM // ETOPOSIDUM // CARBOPLATINUM	1,5mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 150mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 500 mg/m2/dz.. i.v. X 2		x	x	
193	0144			x		MEDULLOBLASTOMA	PNET VCR	VINCRISTINUM	1,5 mg/m2/dz..1		x	x	
194	0145	X	X			MIEDZYBŁONIAK	DOX	DOXORUBICINUM	60 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 21 dni	X	X	x	
195	0146	X	X			MIEDZYBŁONIAK	DDP	CIS-PLATINUM	60 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 21 dni	X	X	x	
199	0147		x	x		MIĘSAK EWINGA	VIDE	DOXORUBICINUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM // ETOPOSIDUM // VINCRISTINUM	20 mg/m2/dz.. i.v. 1-3// 3000 mg/m2/dz.. i.v. 1- 3 // 3000 mg/m2/dz.. i.v. 1-4 // 150 mg/m2/dz.. i.v. 1-3// 1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1 co 21 dni		x	x	
200	0148		x	x		MIĘSAK EWINGA	VAI	VINCRISTINUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM // DACTINOMYCIMUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1 // 3000 mg/m2/dz..1-2 // 3000 mg/m2/dz..1-4 // 0, 75 mg/m2/dz.. i.v. 1-2 co 21 dni		x	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
203	0149		x	x		MIĘSAK EWINGA	VAC	VINCRISTINUM // DACTINOMYCIMUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // MESNUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1 // 0,75 mg/m2/dz.. i.v. 1- 2 // 1500 mg/m2/dz.. i.v. 1 // 750 mg/m2 dz.. i.v. 1-3 Co 3 tygodnie		x	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
201	0150		x	x		MIĘSAK EWINGA		IFOSFAMIDUM // ETOPOSIDUM//MESNUM	1800mg/m2 i.v. dni 1-5 // 100mg/m2 i.v. dni 1-5// 1800mg/m2 5d co 21 dni			x	
202	0151		x	x		MIĘSAK EWINGA		IFOSFAMIDUM // DOXORUBICINUM//MESNUM	1800mg/m2 i.v. dni 1-5 // 20mg/m2 i.v. dni 1-3 // 1800mg/m2 5d co 21 dni			x	
204	0152	X	x			MIĘSAK KOŚCI TKANEK MIĘKKICH	AP	DOXORUBICINUM // CIS-PLATINUM	50 mg/m2 i.v. dz..1 // 100 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 21 dni	x	x	x	
205	0153	X	x			MIĘSAK KOŚCI TKANEK MIĘKKICH	IFX	IFOSFAMIDUM // MESNUM	5000 mg/m2 i.v. (CIĄGŁY WLEW 24H) + 60% dawki ifosfamidu co 21-28 dni	x	x	x	
206	0154	X	x			MIĘSAK KOŚCI TKANEK MIĘKKICH	AP3	DOXORUBICINUM // CIS-PLATINUM	25 mg/m2 i.v. dz.. 1-3// 30 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 co 21 dni	x	x	x	
207	0155	X	x			MIĘSAK KOŚCI TKANEK MIĘKKICH	ADIC	DOXORUBICINUM // DACARBAZINUM	15 mg/m2 i.v. dz..1-5 // 150 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 co 21 dni	x	x	x	
208	0156	X	x			MIĘSAK KOŚCI TKANEK MIĘKKICH	ADM	DOXORUBICINUM	75 mg/m2 i.v. co 21 dni	x	x	x	
209	0157	X	x			MIĘSAK KOŚCI TKANEK MIĘKKICH	IF07	IFOSFAMIDUM // MESNUM	1700 mg/m2 i.v. dz..1-7// 2200 mg i.v. dz..1-7 co 21 dni	x	x	x	
210	0158	X	x			MIĘSAK KOŚCI TKANEK MIĘKKICH	IF03	IFOSFAMIDUM // MESNUM	3000 mg/m2 i.v. dz.. 1- 3 //3900 mg i.v. dz.. 1- 3 co 21 dni	x	x	x	
211	0159	X	x			MIĘSAK KOŚCI TKANEK MIĘKKICH	VAC	VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM//MESNUM	1,4 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 45 mg/m2 i.v. dz.. 1-2 // 800 mg/m2 i.v. dz.. 1-2// 6 X 750 mg/m2 co 21 dni	x	x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA				
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
212	0160	x		x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	VAC	VINCRISTINUM // DACTINOMYCIMUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1 // 15 mcg/kgm.c.//dz.. i.v. 1-5 // 200 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 // co 28 dni		x	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
213	0161	x		x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	VACA	VINCRISTINUM // DACTINOMYCIMUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // DOXORUBICINUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1 // 15 mcg/kg/dz.. i.v. 1-5 // 200 mg/m2/dz.. i.v..1-5// 60 mg/m2/dz.. i.v. 1 co 28 dni		x	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
214	0162	x		x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	CYVADIC WG. PINEDO	DACARBAZINUM // VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	250mg/m2/dz.. i.v. 1-5 // 1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1 // 50 mg/m2/dz.. i.v. 2 // 500mg/m2/dz.. i.v. 2 co 28 dni		x	x	
215	0163	x		x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	VCR	VINCRISTINUM	1,5 mg/m2dz.. i.v. X 1w tyg		x	x	
216	0164	x	X			MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	MAI	DOXORUBICINUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM	50 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 5000 mg/m2 i.v. (24 GOdz.INY) dz.. 1 // 60% DAWKI IFOSFAMIDU co 28 dni	X	X	x	
217	0165	x	X			MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	Ci.v.ADIC	CYCLOPHOSPHAMIDUM// VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // DACARBAZINUM	500 mg/m2 i.v. dz.. 2 // 1,5 mg/m2 i.v. dz.. 1,8 l 15 // 50 mg/m2 i.v. dz.. 2 // 250 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 co 21 dni	X	X	x	
218	0166	x		X		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	i.v.2AD	IFOSFAMIDUM // DOXORUBICINUM // VINCRISTINUM // /MESNUM	3000 mg/m2i.v. dz.. 1,2 // 40 mg/m2 dz. 1,2//1,5mg/m2 dz. 1// 3000 mg/m2 dz. 1-3	X	X	x	
219	0167	x	X			MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH		DOXORUBICINUM	75 mg/m2 i.v. dz.. 1		X	x	
220	0168	x	X			MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH		IFOSFAMIDUM	maksymalnie do 8000 mg/m2 i.v. dz.. 1 (24 GOdz.INY) – powtarzane co 3 tygodnie		X	x	maksymalnie 8000mG/m2
221	0169	x	X			MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH		DOXORUBICINUM // IFOSFAMIDUM//MESNUM	50 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 5000 mg/m2 i.v. (24 GOdz.INY) dz.. 1//1000 mg/m2 i.v. bolus dz. 1, 5000 mg/m2 i.v. (wlew 24 godz.inny) dz. 1 i następnie 2500 mg/ m2 dz. 2 – powtarzane co 3 tygodnie	X	X	x	
222	0170	x	X			MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	MAID	DOXORUBICINUM // DACARBAZINUM // IFOSFAMIDUM// MESNUM	15 mg/m2 i.v. dz.. 1 -4 // 250 mg/m2 i.v. dz..1 - 4 // 2500 mg/m2 i.v. dz..1 - 3 (24 GOdz.INY) dz.. 1 // 60% DAWKI IFOSFAMIDUPowtarzany co 3 tygodnie	X	X	x	
223	0171	x	X	x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	VAIA	VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // IFOSFAMIDUM // DACTINOMYCIMUM//MESNUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1, 8, 15, 22 // 40 mg/m2/dz.. i.v. 21, 22// 3000 mg/m2/dz.. i.v. dz..1, 2 ,21, 22 // 1,5 mg/m2/dz.. i.v. dz..1// 7- tygodni cały kurs		x	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
224	0172	x	X	x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	i.v.A	IFOSFAMIDUM // VINCRISTINUM //DACTINOMYCIMUM// /MESNUM	3000 mg/kg/dz.. i.v. dz..1, 2 //1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1, 8, 15 // 1,5 mg/m2/dz.. i.v. dz..1		x	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
225	0173	x		x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	i.v.ADO	IFOSFAMIDUM // VINCRISTINUM //DACTINOMYCIMUM // DOXORUBICINUM// /MESNUM	3000 mg/kg/dz.. i.v. dz..1, 2 //1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1 //0,75 mg/m2/dz.. i.v. dz..1 i 2 // 60mg/m2 dz. 1 i.v..//3000mg/m2/dz. 3d			x	
226	0174	x		x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	CAV	VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // MESNUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	2 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 40 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 750 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 1200 mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x	
227	0175	x		x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	ETIF	ETOPOSIDUM // MESNUM // IFOSFAMIDUM	100 mg/m2/dz.. i.v. X5 // 3000 mg/m2/dz.. i.v. X 4 // 1800 mg/m2/dz.. i.v. X 5		x	x	
228	0176	x		x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	ADM + IF	DOXORUBICINUM // MESNUM // IFOSFAMIDUM	20 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 3000 mg/m2/dz.. i.v. X 4 // 3000 mg/m2/dz.. i.v. X3		x	x	
229	0177	x		x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	VAIA	VINCRISTINUM // DACTINOMYCIMUM // DOXORUBICINUM // MESNUM // IFOSFAMIDUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 15 mcg/kgm.c./dz.. i.v. X 5 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 3000 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 3000 mg/m2/dz.. i.v. X 2		x	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
230	0178	x		x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	ICARET	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM //CARBOPLATINUM	150 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 1500mg/m2/dz.. i.v. 3 // 1500 mg/m2/dz.. i.v. X 4 // 300mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x	
231	0179	x		x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	CEV	CARBOPLATINUM // EPIRUBICYNA // VINCRISTINUM	500 mg/m2 // 150 mg/m2 // 1,5 mg/m2		x	x	
232	0180	x		x		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	I 3VE	IFOSFAMIDUM // MESNUM // VINCRISTINUM // ETOPOSIDUM	9000 mg/m2 // 10000 mg/m2 // 1,5 mg/m2 // 450 mg/m2		x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE													
CHEMIOTERAPIA													
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA			
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
245	0181				x	MOBILIZACJA KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH	CY	CYCLOPHOSPHAMIDUM	4,0 - 7,0 g/m2	x	x	x	
246	0182				x	MOBILIZACJA KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH	CED	CYCLOPHOSPHAMIDUM // ETOPOSIDUM // DEXAMETHASONUM	4000 mg/m2 i.v. 1 // 100 mg/m2 i.v.. dz..1-3 // 40 mg i.v. dz..1-4	x	x	x	
247	0183				x	MOBILIZACJA KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH	VEP	ETOPOSIDUM	2000 mg/m2	x	x	x	
248	0184				x	MOBILIZACJA KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH	ECI	ETOPOSIDUM // CARBOPLATINUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM	100 mg/m2 dz..1-3 // 800mg dz..1 // 5 g/m2	x	x	x	
249	0185				X	MOBILIZACJA KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH	i.v.E	IFOSFAMIDUM // MESNUM // ETOPOSIDUM / /EPIRUBICINUM	3 g/m2-dz..1-3//2g/m2-dz..1-3//200mg/m2-dz.1-3 // 50 mg/m2-dz.1	X	X	x	
250	0186			X		MOBILIZACJA KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH	CY	CYCLOPHOSPHAMIDUM	4,0 - 7,0 g/m2	x	x	x	
251	0187			X		MOBILIZACJA KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH	CED	CYCLOPHOSPHAMIDUM // ETOPOSIDUM // DEXAMETHASONUM	4000 mg/m2 i.v.1// 100 mg/m2 i.v. dz..1-3 // 40mg i.v. dz..1-4	x	x	x	
252	0188			X		MOBILIZACJA KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH	VEP	ETOPOSIDUM	2000 mg/m2	x	x	x	
253	0189			X		MOBILIZACJA KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH	ECI	ETOPOSIDUM // CARBOPLATINUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM	100mg/m2 dz..1-3//800mg dz..1//5g/m2	x	x	x	
254	0190			X		MOBILIZACJA KRWIOTWÓRCZYCH KOMÓREK MACIERZYSTYCH	i.v.E	IFOSFAMIDUM // MESNUM // ETOPOSIDUM // EPIRUBICINUM	3g/m2-dz..1-3//2g/m2-dz..1-3//200mg/m2-dz.1-3//50mg/m2-dz.1	X	X	x	
257	0191		x			NASIENIAK JĄDRA	BEP	CIS-PLATINUM // ETOPOSIDUM // BLEOMYCINUM	100 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 120 mg/m2 i.v. dz.. 1 –5 // 30 mg/m2 i.v. dz..1, 8,15 co 21 dni	x	x	x	
258	0192			x		NEUROBLASTOMA	N 7	CYCLOPHOSPHAMIDUM	150 mg/m2/dz.. i.v. X 8		x	x	
259	0193			x		NEUROBLASTOMA	CAV	VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	2 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 30 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 330 mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x	
260	0194			x		NEUROBLASTOMA	HARRISON	VINCRISTINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	2 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 330mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x	
261	0195			x		NEUROBLASTOMA	PROTOKÓŁ V B	ETOPOSIDUM // MESNUM // IFOSFAMIDUM	100 mg/m2/dz.. i.v. X3 // 1800 mg/m2/dz.. i.v. X 6 // 1800 mg/m2/dz.. i.v. X 5		x	x	
262	0196			x		NEUROBLASTOMA	PROTOKÓŁ V C	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM // CIS-PLATINUM	100 mg/m2/dz.. i.v. X3 // 1500 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 1500 mg/m2/dz.. i.v. X 6 // 20mg/m2/dz.. i.v. X5		x	x	
263	0197			x		NEUROBLASTOMA	PACE	TENIPOSIDUM // DOXORUBICINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // CIS-PLATINUM	100 mg/m2/dz.. i.v. X 2 dz. 1,2 // 40 mg/m2/dz.. i.v. X 1 dz. 3// 400 mg/m2/dz.. i.v. X 1 dz. 4 // 100 mg/m2/dz.. i.v. X 1 dz. 5		x	x	
264	0198			x		NEUROBLASTOMA	i.v.	VINCRISTINUM // IFOSFAMIDUM//MESNUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 3000 mg/m2/dz.. i.v. X 2//3000 mg/m2/dz..3		x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA			
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
265	0199			x		NEUROBLASTOMA	COJEC A	VINCRISTINUM // ETOPOSIDUM //CARBOPLATINUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 175 mg/m2/dz.. i.v. X 2 // 750 mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x	
266	0200			x		NEUROBLASTOMA	COJEC B	VINCRISTINUM // CIS-PLATINUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 80 mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x	
267	0201			x		NEUROBLASTOMA	COJEC C	VINCRISTINUM // ETOPOSIDUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 175 mg/m2/dz.. i.v. X 2 // 1050 mg/m2/dz.. i.v. X 2		x	x	
268	0202			x		NEUROBLASTOMA	13- CIS RA	ISOTRETINOINUM	160 mg/m2/dz..p.o. X 14	x	x	x	
269	0203			x		NEUROBLASTOMA	N 5	CIS-PLATINUM // ETOPOSIDUM // VINDESINUM	40 mg/m2/dz.. i.v. X 4 // 100 mg/m2/dz.. i.v. X 4 // 3 mg/m2/dz.. i.v. X1		x	x	
270	0204			x		NEUROBLASTOMA	N 6	VINCRISTINUM // DACARBAZINUM // IFOSFAMIDUM // DOXORUBICINUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. X 2 // 200 mg/m2/dz.. i.v. X5 // 1500 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 30 mg/m2/dz.. i.v. X 2		x	x	
271	0205			x		NEUROBLASTOMA	CTX	CYCLOPHOSPHAMIDUM	5 mg/kg/dz.. i.v. X7		x	x	
272	0206			x		NEUROBLASTOMA	OPEC	VINCRISTINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // CIS-PLATINUM // TENIPOSIDUM	1,5 mg/m2 // 600 mg/m2 // 90 mg/m2 // 150 mg/m2		x	x	
273	0207			x		NEUROBLASTOMA	TOKYO	CYCLOPHOSPHAMIDUM // MESNUM // ETOPOSIDUM // DOXORUBICINUM // CIS-PLATINUM	1200 mg/m2 // 750 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 500 mg/m2 // 40 mg/m2 // 90 mg/m2		x	x	
274	0208			x		NEUROBLASTOMA		VINCRISTINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // MESNUM // DOXORUBICINUM // CIS-PLATINUM	1,5 mg/m2 // 1200 mg/m2 // 750 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 40 mg/m2 // 90 mg/m2		x	x	
275	0209			x		NEUROBLASTOMA		CYCLOPHOSPHAMIDUM // MESNUM // ETOPOSIDUM // CIS-PLATINUM	2400 mg/m2 // 750 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 500 mg/m2 // 125 mg/m2		x	x	
276	0210			x		NEUROBLASTOMA		CYCLOPHOSPHAMIDUM // MESNUM // DACARBAZINUM	1500 mg/m2 // 750 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 1250 mg/m2		x	x	
277	0211			x		NEUROBLASTOMA		CYCLOPHOSPHAMIDUM // MESNUM // DOXORUBICINUM // CARBOPLATINUM	1500 mg/m2 // 750 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 50 mg/m2 // 450 mg/m2		x	x	
279	0212			x		NEUROBLASTOMA GUZ NIERESEKCYJNY >. 1 r.ż.	VP/Carbo	CARBOPLATINUM // ETOPOSIDUM	200 mg/m2/dobę dni 1- 3 // 150mg/m2/dobę dni 1 - 3			x	
280	0213			x		NEUROBLASTOMA GUZ NIERESEKCYJNY >. 1 r.ż.	CAdO	CYCLOPHOSPHAMIDUM // DOXORUBICINUM // VINCRISTINUM	300 mg/m2 dni 1 - 5 // 30mg/m2 dni 4 - 5 // 1,5mg/m2 dni 1 i 5			x	
278	0214			x		NEUROBLASTOMA - LECZENIE II LINII	CADO	CYCLOPHOSPHAMIDUM // VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM	300 mg/m2 dni 1 - 5 // 1,5mg/m2 dni 1 i 5 // 30 mg/m2 dni 4-5			x	
281	0215			x		NEUROBLASTOMA POSTAC NIEMOWLĘCA	CO	VINCRISTINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	0,05 mg/kg m.c. dz.. 1// 5mg/kg m.c. dni 1 - 5			x	
282	0216			x		NEUROBLASTOMA POSTAC NIEMOWLĘCA	VP/Carbo	CARBOPLATINUM // ETOPOSIDUM	6,6 mg/kg m.c. dni 1 -3 // 5 mg/kg m.c. dni 1 -3			x	
283	0217			x		NEUROBLASTOMA POSTAC NIEMOWLĘCA	CAdO	CYCLOPHOSPHAMIDUM // DOXORUBICINUM // VINCRISTINUM	10 mg/kg m.c. dni 1 - 5 // 1mg/kg m.c. dni 4 - 5 // 0,05mg/kg m.c. dni 1 i 5			x	
284	0218			x		NEUROBLASTOMA, WZNOWY, LECZENIE PODTRZYMUJĄCE WSZYSTKIE GUZY LITE	ED	DACARBAZINUM // ETOPOSIDUM	250 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 // 100 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 co 21-28 dni		x	x	
287	0219		X			NOWOTWORY O NIEZNANYM OGNISKU PIERWOTNYM (RAK NIEZRÓŻNIco WANY)	PE1	CIS-PLATINUM // ETOPOSIDUM	30 mg/m2 i.v. dz..1-3 // 100-120 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 21 dni	X	X	x	
288	0220		X			NOWOTWORY O NIEZNANYM OGNISKU PIERWOTNYM (RAK PŁASKONABŁONKOWY)	PF1	CIS-PLATINUM // FLUOROURACILUM	100 mg/m2 i.v. dz..1 // 800- 1000 mg/m2 i.v. dz.. 1-4 (WLEW CIAGŁY 96 H W SKOJARZENIU Z LUB BEZ RADIOTERAPII) co 21 dni	X	X	x	
292	0221	x	x			NOWOTWORY ZARODKOWE I POZAGONADALNE JAJNIKA	BEP	CIS-PLATINUM // ETOPOSIDUM // BLEOMYCINUM	100 mg/m2 i.v. dz..1//120 mg/m2 i.v. dz..1-5//30 mg i.v. dz..1,8 15 co 21 dni	x	x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
Lp.			SPECJALNOŚCI			ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	WARUNKI WYKONANIA			
	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA					TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
293	0222	x	X			NOWOTWORY ZARODKOWE I POZAGONADALNE JAJNIKA	PVB1	CIS-PLATINUM // VINBLASTINUM // BLEOMYCINUM //	20 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 6 mg/m2 i.v. dz.. 1 I 2 // 15 mg/m2 i.v. dz.. 1,8 co 21 dni	X	X	x	
294	0223	x	X			NOWOTWORY ZARODKOWE I POZAGONADALNE JAJNIKA	VAC1	VINCRISTINUM // DACTINOMYCIMUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	1,5 mg/m2 (max. 2mg) i.v. dz.. 1i 15 // 0,3-0,35 mg/m2(max.0,5mg) i.v. dz.. 1-5 // 150 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 co 28 dni	X	X	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
296	0224		x			NOWOTWORY ZARODKOWE JĄDRA I POZAGONADALNE	KEP	CARBOPLATINUM // ETOPOSIDUM // BLEOMYCINUM	350-400 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 120 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 30 mg i.v. dz.. 1, 8 I 15 co 21 dni	x	x	x	
297	0225		x			NOWOTWORY ZARODKOWE JĄDRA I POZAGONADALNE	PVB	CIS-PLATINUM // VINBLASTINUM // BLEOMYCINUM	100 mg/m2 i.v. dz..1 // 6 mg/m2 i.v. dz.. 1 I 2 // 15 mg i.v. dz.. 1 i 8 co 21 dni	x	x	x	
298	0226		x			NOWOTWORY ZARODKOWE JĄDRA I POZAGONADALNE	VIP	IFOSFAMIDUM // CIS-PLATINUM // VINBLASTINUM	1200 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 + mesnum 400 mg/m2 i.v. 3 razy co 8 godz.in i.v. dz.. 1-5 // 20 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 0,11 mg/kg masy ciała i.v. dz.. 1 i 2 co 21 dni	x	x	x	
299	0227		x			NOWOTWORY ZARODKOWE JĄDRA I POZAGONADALNE	VEIP	IFOSFAMIDUM // CIS-PLATINUM // ETOPOSIDUM	1200 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 + mesnum 400 mg/m2 i.v. 3 razy co 8 godz.in i.v. dz.. 1-5 // 20 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 75 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 Powtarzany co 3 tygodnie - 4 cykle	x	x	x	
300	0228		x			NOWOTWORY ZARODKOWE JĄDRA I POZAGONADALNE	K	CARBOPLATINUM	400mg/m2 i.v. dz..1. co 21 dni (2 KURSY)	x	x	x	
301	0229		X			NOWOTWORY ZARODKOWE JĄDRA I POZAGONADALNE	EP	ETOPOSIDUM // CIS-PLATINUM	100 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 20 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 co 21 dni	X	X	x	
325	0230		x	x		OSTEOSARCOMA	BCD	BLEOMYCINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // DACTINOMYCIMUM	15mg/m2/dz.. i.v. dz.. 1-2// 600mg/m2/dz.. i.v. dz..1-2 // 0,6mg/m2/dz.. i.v. dz..1-2		x	x	DACTINOMYCINUM - import docelowy
326	0231		x	x		OSTEOSARCOMA	ETIF	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM	100 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 1800 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 1800 mg/m2/dz.. i.v. X 6		x	x	
327	0232		x	x		OSTEOSARCOMA	ETIF	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM	100mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 2400mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 2400 mg/m2/dz.. i.v. X 6		x	x	
328	0233		x	x		OSTEOSARCOMA	ADM+CDDP	DOXORUBICINUM // CIS-PLATINUM	20 mg/m2/dz.. i.v. dz.. 1 - 3 // 100 mg/m2/dz.. i.v. X 1 co 21 dni		x	x	
329	0234		x	x		OSTEOSARCOMA	ROYAL MARSDEN HOSPITAL	METHOTREXATUM // CIS-PLATINUM // DOXORUBICINUM // CALCII FOLINAS	500 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 50 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 40 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // W DAWCE ZALEŻNEJ OD DAWKI MTX I ELIMINACJI		x	x	
330	0235		x	x		OSTEOSARCOMA	HD MTX	METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS	18 g/m2/dz.. i.v. X 1 // w dawce zależnej od MTX i eliminacji		x	x	
331	0236		x	x		OSTEOSARCOMA	PROTOKÓŁ co SS 96	DOXORUBICINUM	90 mg/m2 (48 h inf) dz.ień 1+2		x	x	– maksymalna dawka kumulacyjna 360 mg/m2 tydz.ień: 1-szy przed operacją i 11, 20, 29-ty po operacji
332	0237		x	x		OSTEOSARCOMA		METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS	12 g/m2 dz. 1 // 15 mg/m2 dz. 1 trzy kolejne dobypoczynając od drugiej doby po podaniu metotextratu		x	x	
333	0238		x	x		OSTEOSARCOMA		IFOSFAMIDUM // MESNUM // CIS-PLATINUM	6000 mg/m2 (3000 mg/m2 dz.ień 1 I 2) // 10 g/m2 // 120 mg/m2 i.v. 9 dz.ień 3 i 5 W tygodniu 5, 8 przed i po operacji 15, 24		x	x	
334	0239		x	x		OSTEOSARCOMA		CARBOPLATINUM	150 mg/m2 x 4		x	x	
335	0240		x	x		OSTEOSARCOMA		ETOPOSIDUM	150 mg/m2 x 4		x	x	
336	0241		x	x		OSTEOSARCOMA	PROTOKÓŁ EORTC	DOXORUBICINUM // CIS-PLATINUM	25 mg/m2/dz. dni 1 - 3 // 100 mg/m2 dz. 1		x	x	
337	0242		x	x		OSTEOSARCOMA	PROTOKÓŁ SFOP	METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS	12 mg/m2 // 15 mg/m2		x	x	
338	0243		x	x		OSTEOSARCOMA		DOXORUBICINUM	70 mg/m2 i.v. dz. 1 co 21 dni		x	x	
339	0244		x	x		OSTEOSARCOMA	chemioterapia wg SFOP II rzutu	ETOPOSIDUM	75 mg/m2 x 4/m2 i.v. dz. 1		x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	SPECJALNOŚCI: ONKOLOGIA	SPECJALNOŚCI: HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	SPECJALNOŚCI: HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	WARUNKI WYKONANIA: TRYB AMBULATORYJNY	WARUNKI WYKONANIA: ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	WARUNKI WYKONANIA: HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
340	0245		x	x		OSTEOSARCOMA	(chemioterapia wg SFOP II rzutu	IFOSFAMIDUM // MESNUM	75 g/m2 x 4// 3 g/m2 (dz..1) x4 co 3-4 tygodnie		x	x	
341	0246		x	x		OSTEOSARCOMA	CHEMIOTERAPIA II RZUTU	CYCLOPHOSPHAMIDUM// ETOPOSIDUM // DACARBAZINUM	1000 mg/m2 // 2000 mg/m2 // 50 mg/m2		x	x	
342	0247			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	FAZA II – KONSOLIDACJA	CYCLOPHOSPHAMIDUM // CYTARABINUM // MERCAPTOPURINUM // METHOTREXATUM//MESNUM	1000 mg/m2 i.v. 2X // 75 mg/m2 i.v. 16X // 60 mg/m2 p.o. 28X // 12mg i.t. 2X//200 mg/m2 x 6		x	x	
366	0248			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA,	PROTOKÓŁ M	MERCAPTOPURINUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // METHOTREXATUM	25 mg/m2 p.o. dz. 1-56 // 5 g/m2 i.v. dz. 8, 22, 36, 50 // 15 mg/m2 x 3 // 12 mg ith. dz. 8, 22, 36, 50		x	x	
367	0249			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA, CHŁONIAKI NIEZIARNICZE LIMFOBLASTYCZNE	PROTOKÓŁ II	DEXAMETHASONUM // VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // ASPARAGINASUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // CYTARABINUM // TIOGUANINUM // METHOTREXATUM//MESNUM	10 mg/m2 p.o. dz. 1-21// 1,5 mg/m2 i.v. dz. 8, 15, 22, 29 // 30 mg/m2 i.v. dz. 8, 15, 22, 29 // 10 000mg//m2 i.v. dz. 8, 11, 15, 18 // 1000 mg/m2 i.v. dz. 36 // 400 mg/m2 i.v. x3 // 60 mg/m2 p.o. dz. 36-49//75 mg/m2 i.v. dz. 38-41, 45-48// 12 mg ith dz. 38,45		x	x	
343	0250			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	LECZENIE PODTRZYMUJĄCE –REINDUKCJA	MERCAPTOPURINUM // METHOTREXATUM // VINCRISTINUM // PREDNISONUM	50 mg/m2 codz.iennie PRZEZ 2,5 ROKU (120 podań W SZPITALU) // 20 mg/m2 1 X W tygodniu przez 2,5 roku (120 podań w szpitalu) // 1,5mg/m2 12X // 40mg/m2 8tygodni		x	x	
344	0251			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	KONSOLIDACJA CZĘŚĆ II	TIOGUANINUM // CYTARABINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	60 mg/m2 p.o. dz.. 29-57 // 75 mg/m2 i.v. dz.. 31-34, 38-41, 45-48, 52-55 // 500 mg/m2 i.v. dz.. 2X		x	x	
345	0252			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	ALL) PROTOKÓŁ III BRANCHES SR/MR/HR	DEXAMETHASONUM // VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // ASPARAGINASUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // MESNUM // CYTARABINUM // TIOGUANINUM // METHOTREXATUM	10 mg/m2 24X // 1,5 mg/ m2 2X // 30 mg/m2 2X // 10000U/m2 x 4 // 500 mg/m2 1X // 200 mg/m2 3X // 75 mg/m2 8X // 60 mg/m2 14X // ITH 12 mg 3X		x	x	
346	0253			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	NTERFANT 99-OCTADD	DEXAMETHASONUM //TIOGUANINUM // VINCRISTINUM // DAUNORUBICINUM // CYTARABINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // MESNUM // CYTARABINUM // PREDNIZOLONUM	6 mg/m2 22X // 60 mg/m2 40X // 1,5mg/m2 4X // 30 mg/m2 4X // 75 mg/m2 24X // 500 mg/m2 2X // 200 mg/m2 6X // ITH 20mg 2X // 8mg ITH 2X		x	x	
347	0254			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	NTERFANT 99-MAINTENANCE IA	DEXAMETHASONUM // VINCRISTINUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // PREDNIZOLONUM // MERCAPTOPURINUM // METHOTREXATUM // ETOPOSIDUM // CYTARABINUM	6 mg/m2 42X // 1,5 mg/m2 6X // ITH 8mg 2X // ITH 20 mg 1X // ITH 8mg 3X // 50 mg/m2 336X // p.o. 20 mg/m2 48X // 120 mg/m2 6X // 1g/m2 6X		x	x	
348	0255			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	NTERFANT 99-MAINTENANCE IB	DEXAMETHASONUM // VINCRISTINUM // METHOTREXATUM // PREDNIZOLONUM // CYTARABINUM // MERCAPTOPURINUM // METHOTREXATUM	6 mg/m2 42X // 1,5 mg/m2 6X // ITH 8mg 2X // ITH 8mg 3X // ITH 20mg 1X // 50 mg/m2 294X // 20 mg/m2 42X		x	x	
349	0256			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	INTERFANT 99-MAINTENANCE 2	MERCAPTOPURINUM // METHOTREXATUM	50 mg/m2 105X // 20 mg/m2 14X		x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
Lp.			SPECJALNOŚCI			ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	WARUNKI WYKONANIA			
	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA					TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
350	0257			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	(ALL) ELEMENT HR-1BRANCH HR	DEXAMETHASONUM // VINCRISTINUM // CYTARABINUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // CALCII FOLINAS // CYCLOPHOSPHAMIDUM // MESNUM // ASPARAGINASUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM	20 mg/m2 dz. 1-5 // 1,5 mg/ m2 dz. 1,5 // 2000 mg/m2 dz. 5 // 5 g/m2 dz. 1 // 60 mg/m2 dz. 2// 30 mg/m2 dz. 3//200 mg/m2 dz. 1-5 // 70 mg/m2 dz. 1-5 // 25000U/m2 dz. 6 // 12mg i.th dz. 1 // 30mg/m2 ith dz. 1 // 10 mg ITH dz. 1		x	x	
351	0258			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	(ALL) ELEMENT HR-2 BRANCH HR	DEXAMETHASONUM // VINDESINUM// DAUNORUBICINUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // IFOSFAMIDUM // MESNUM // ASPARAGINASUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM	20 mg/m2 5X // 3 mg/m2 x2// 30 mg/m2 1X // 5 g/m2 1X // 15 mg/m2 3X // 800mg/m2 5X // 300 mg/m2 15X // 50 000/M2 2X // ITH 12mg 2X // ITH 30 mg 2X // ITH 10 mg 2X		x	x	
352	0259			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	(ALL) ELEMENT HR-3 BRANCH HR	DEXAMETHASONUM // CYTARABINUM // ETOPOSIDUM // ASPARAGINASUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM	20 mg/m2 5X // 2 g/m2 4X // 100 mg/m2 5X // 25000 U/m2 x2// ITH 12mg 1X // ITH 30 mg 1X // ITH 10 mg 1X		x	x	
353	0260			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	INTERFANT 99-INDUKCJA	PREDNISONUM // DEXAMETHASONUM // VINCRISTINUM // DAUNORUBICINUM // CYTARABINUM // ASPARAGINASUM // CYTARABINUM // METHOTREXATUM // PREDNIZOLONUM	60 mg/m2 8X // 60 mg/m2 36 X // 1,5 mg/m2 4X // 30 mg/m2 2X // 75 mg/m2 14X // 10 000 U/M2 6X // ITH 20mg 1X // ITH 8mg 4X // ITH 8mg 5X		x	x	
354	0261			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	INTERFANT 99-MARAM	MERCAPTOPURINUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // METHOTREXATUM // PREDNIZOLONUM // CYTARABINUM // ASPARAGINASUM	25 mg/m2 16X // 5 g/m2 2X // 15 mg/m2 6X // ITH 8 mg 2X // ITH 8 mg 2X // 3g 8X // 10 000U/m2 2X		x	x	
355	0262			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	INTERFANT 99-VIMARAM	VINCRISTINUM // MERCAPTOPURINUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // METHOTREXATUM // PREDNIZOLONUM // CYTARABINUM // ASPARAGINASUM	1,5 mg/m2 4X // 25 mg/m2 15X // 5g/m2 2X // 15mg/m2 6X // ITH 8 mg 2X // ITH 8 mg 2X // 3g/m2 8X // 10 000U/m2 2X		x	x	
356	0263				x	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA LECZENIE PODTRZYMUJĄCE		EPIRUBICINUM // VINCRISTINUM // PREDNISONUM // MERCAPTOPURINUM // METHOTREXATUM	60 mg/m2 1 dz.. // 2 mg dz..1 // 60 mg/m2 dni 7 // 90 mg/m2 na dz.. przez 5 tyg. // 15 mg/m2 1x tydz.. przez 5 tygodni			x	
357	0264			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA BFM GRUPA STANDARYZOWANEGO RYZYKA	PROTOKÓŁ I-INDUKCJA	PREDNISONUM // VINCRISTINUM // DAUNORUBICINUM // ASPARAGINASUM // METHOTREXATUM	60 mg/m2 p.o. 30 X // 1,5 mg/m2 i.v. 4X // 30 mg/m2 i.v. 4X // 5000J/m2 i.v. 8X // 12 mg I.T. 5X		x	x	czas trwania bloku 33 dni z uwzglednieniem mozliwości wykazania dawek redukcji steroidow, rozliczenia dodatkowych punkcji lędźwiowych w przypadku zajęcia OUN

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA			
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
358	0265				x	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA I OPORNA NA LECZENIE I NAWROTOWA	FLAM (WG PALG)	FLUDARABINUM // CYTARABINUM // MITOXANTRONUM	30 mg/m2 dz. lub 40 mg p.o. 1, 2, 8, 9// 800 mg/m2, dz..1, 2, 8, 9//10mg/m2 dz.. 3 ,10	x	x	x	
359	0266				x	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA INDUKCJA REMISJI		EPIRUBICINUM // VINCRISTINUM // DEXAMETHASONUM // ASPARAGINASUM // METHOTREXATUM	60 mg/m2 dni 1, 8, 15, 22 // 2 mg dni 1, 8, 15, 22 // 10 mg/m2 dz. 1-28 // 6000 j.m./m2 x 8 od 13 dnia // 15 MG i.th.			x	
360	0267				x	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA INDUKCJA REMISJI		EPIRUBICINUM // VINCRISTINUM // PREDNISOLONUM // PEG-ASPARAGINASUM //	60 mg/m2 dni 1, 8, 15, 22 // 2 mg dni 1, 8, 15, 22 // 60 mg/m2 dni 28 // 3750 J.M dz..13			x	
361	0268				x	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA KONSOLIDACJA REMISJI I		CYCLOPHOSPHAMIDUM // CYTARABINUM	650 mg/m2 dz.. 1, 18 // 3000 mg/m2 i.v. dz.. 2, 3, 19, 20			x	
362	0269				x	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA KONSOLIDACJA REMISJI II		METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // ETOPOSIDUM // MERCAPTOPURINUM	500 mg/m2 dz.. 1, 8 // 25 mg (8 DAWEK) x 2 // 100 mg/m2 dni 1, 8 // 100 mg/m2 przez 4-6 tyg.			x	
363	0270			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA WYSOKIEGO RYZYKA	NOWY YORK II (DLA ALL): PODTRZYMYWANIE CZEŚĆ I CYKL A	METHOTREXATUM // TIOGUANINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	12 mg I.T 1X // 150mg/m2 8X // 1200 mg/m2 1X		x	x	
364	0271			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA WYSOKIEGO RYZYKA	NOWY YORK II (DLA ALL): PODTRZYMYWANIE CZEŚĆ I CYKL B	PREDNISONUM // VINCRISTINUM // METHOTREXATUM	180 mg/m2 p.o. 8X // 1,5 mg/m2 i.v. 3X // 200mg/m2 i.v. 1X		x	x	
365	0272			x		OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA WYSOKIEGO RYZYKA	NOWY YORK II (DLA ALL): PODTRZYMYWANIE CZĘŚĆ I CYKL C	DAUNORUBICINUM // CYTARABINUM // TIOGUANINUM	40 mg/m2 i.v. 1X // 3g/m2 1X // 40 mg/m2 6X		x	x	
368	0273			x		OSTRA BIAŁACZKA NIELIMFOBLASTYCZNA - INDUKCJA AIE	AIE	CYTARABINUM // CYTARABINUM // IDARUBICYNUM // ETOPOSIDUM // CYTARABINUM	100 mg/m2 dz..1 i 2 i.v. // 100mg/m2 2x dz.. dni 3-8 i.v. // 12 mg/m2 dz..3, 5, 7 i.v. // 150mg/m2 dz..6,7,8 i v// 20-40 mg it w zależności od wieku			x	
369	0274			x		OSTRA BIAŁACZKA NIELIMFOBLASTYCZNA - INTENSYFIKACJA - HAE	HAE	CYTARABINUM // ETOPOSIDUM // CYTARABINUM	3000 mg/m2/dobę 2 x dz., dni 1 - 3 // 125 mg/m2/dobę dni 2 - 5 // // i. th dawka zalezna od wieku 20-40 mg it			x	
370	0275			x		OSTRA BIAŁACZKA NIELIMFOBLASTYCZNA - INTENSYFIKACJA HR - HAE	HR - HAE	CYTARABINUM // EOPOSIDUM // CYTARABINUM	3000mg/m2/dobę 2 x dz., dni 1 - 3 // 125 mg/m2/dobę dni 2 - 5 // // i. th dawka zalezna od wieku 20-40 mg it			x	
372	0276			x		OSTRA BIAŁACZKA NIELIMFOBLASTYCZNA - KONSOLIDACJA CZĘŚĆ II DLA GRUPY STANDARDOWEGO RYZYKA (FAZA C) PGP _ ANLL 98		TIOGUANINUM // /CYTARABINUM //CYCLOPHOSPHAMIDUM CYTARABINUM	60 mg/m2/dobę p.o. dni 29 - 57 // 75 mg/m2/dobę, dni 31-34, 38-41, 45-48, 52-55 // 500mg/m2/dobę dni 29 i 57 // i. th dawka zalezna od wieku			x	
371	0277			x		OSTRA BIAŁACZKA NIELIMFOBLASTYCZNA - KONSOLIDACJA - HR-AI	HR-AI	CYTARABINUM // IDARUBICYNUM // CYTARABINUM	500 mg/m2/dobę infuzja 96 godz.in dni 1-4 // 7mg/m2/dobę dz..3 i 5 // i. th dawka zalezna od wieku 20-40 mg it			x	
373	0278			x		OSTRA BIAŁACZKA NIELIMFOBLASTYCZNA - KONSOLIDACJA HR-HAM	HR-HAM	CYTARABINUM // MITOXANTRONUM // CYTARABINUM	3000 mg/m2/dobę 2 x dz., dni 1 - 3 // 10mg/m2/dobę dni 3 i 4 // i. th dawka zalezna od wieku 20-40 mg it			x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE													
CHEMIOTERAPIA													
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA			
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
374	0279			x		OSTRA BIAŁACZKA NIELIMFOBLASTYCZNA - KONSOLIDACJA HR-haM	HR-haM	CYTARABINUM // MITOXANTRONUM // CYTARABINUM	1000 mg/m2/dobę 2 x dz., dni 1 - 3 // 10 mg/m2/dobę dni 3 i 4 // i. th dawka zalezna od wieku 20-40 mg it			x	
375	0280			x		OSTRA BIAŁACZKA NIELIMFOBLASTYCZNA - KONSOLIDACJA SR -AI	SR -AI	CYTARABINUM // IDARUBICYNUM // CYTARABINUM	500 mg/m2/dobę infuzja 96 godz.in dni 1-4 // 7mg/m2/dobę dz..3 i 5 // i. th dawka zalezna od wieku 20-40 mg it			x	
376	0281			x		OSTRA BIAŁACZKA NIELIMFOBLASTYCZNA - KONSOLIDACJA SR -haM	SR-haM	CYTARABINUM // MITOXANTRONUM // CYTARABINUM	1000 mg/m2/dawkę 2x dz., dni 1-3 // 10mg/m2/dobę dz.. 3 i 4 // i. th dawka zalezna od wieku 20-40 mg it			x	
377	0282			x		OSTRA BIAŁACZKA NIELIMFOBLASTYCZNA - PODTRZYMANIE REMISJI		TIOGUANINUM // CYTARABINUM // CYTARABINUM	40 mg/m2/dobę p.o., codz.iennie przez rok // 40 mg/m2/dobę, dni 1-4 co 4 tygodnie // i. th dawka zalezna od wieku 20-40 mg it		x	x	
378	0283			x		OSTRA BIAŁACZKA NIELIMFOBLASTYCZNA - PODTRZYMANIE REMISJI		TIOGUANINUM // CYTARABINUM // CYTARABINUM	40 mg/m2/dobę p.o., codz.iennie przez rok // 40 mg/m2/dobę, dni 1-4 co 4 tygo dni e // i. th dawka zalezna od wieku 20-40 mg it		x	x	
379	0284			x		OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA	AML M3	TRETINOINUM	45mg/m2 28X		x	x	
380	0285				X	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA - PODTRZYMYWANIE REMISJI	MM-ATRA	MERCAPTOPURINUM// METHOTREXATUM//TRETINOINUM	90 mg/m2 p.o. 3 miesiące // 15 mg/m2 p.o. lub i.m. 1 X tydz.. przez 3 miesiące // 45 mg/m2 p.o. dz..1-14 co 3 miesiące				
381	0286				x	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA INDUKCJA REMISJI	I-ATRA	IDARUBICINUM // TRETINOINUM	12 mg/m2 dni 4 // 45 mg/m2 dz.. p.o. do uzyskania remisji całkowitej (przeciętnie 2 miesiące)			x	
382	0287				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA		MITOXANTRONUM // CYTARABINUM // ETOPOSIDUM	6 mg/m2 dni 3 // 20 mg/m2 s.c. dni 7-14 // 100 mg/m2 p.o. dni 7-14			x	
383	0288				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA (PO 65-75 R.Ż) I ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY	LD-ARABINOZYD CYTOZYNY	CYTARABINUM	20 mg/m2 dni 14 (21)		x	x	
384	0289				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA INDUKCJA REMISJI	3+7	DAUNORUBICINUM // CYTARABINUM	60 mg/m2 i.v. dni 3 // 200 mg/m2 dni 7			x	
385	0290				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA INDUKCJA REMISJI	3+7+VP	DAUNORUBICINUM // CYTARABINUM // ETOPOSIDUM	60 mg/m2 i.v. dni 3 // 200 mg/m2 dni 7 // 75 mg/m2 dni 7			x	
386	0291				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA INDUKCJA REMISJI	DAC7	DAUNORUBICINUM // CYTARABINUM // CLADRIBINUM	60 mg/m2 dni 3 // 200 mg/m2 dni 7 // 5 mg/m2 dni 5			x	
387	0292				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA INDUKCJA REMISJI	COAP	CYCLOPHOSPHAMIDUM // VINCRISTINUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM	300 mg/m2 dni 5 // 2 mg 1 dz.. // 200 mg/m2 dni 5 // 100 mg/m2 dni 5			x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
Lp.			SPECJALNOŚCI			ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	WARUNKI WYKONANIA			
	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA					TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
388	0293				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA INDUKCJA REMISJI	IDA+ARABINOZYD CYTOZYNY	IDARUBICINUM // CYTARABINUM	10 mg/m2 dni 3 // 1000 mg/m2 dni 5			x	
389	0294				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA INDUKCJA REMISJI	DAF	DAUNORUBICINUM // CYTARABINUM // FLUDARABINUM	60 mg/m2 dz 1-3 // 200 mg/m2 dz. 1-7 // 25 mg/m2 lub 50mg p.o. dz. 1-5	X	X	x	
390	0295				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA KONSOLIDACJA REMISJI	HAM	MITOXANTRONUM // CYTARABINUM	10 mg/m2 dni 3 // 1500 mg/m2 dni 3			x	
391	0296				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA KONSOLIDACJA REMISJI	KONSOLIDACJA REMISJI	DAUNORUBICINUM // CYTARABINUM	45 mg/m2 dz..1 // 400 mg/m2 dni 5			x	
392	0297				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA KONSOLIDACJA REMISJI	KONSOLIDACJA REMISJI	TIOGUANINUM // CYTARABINUM	200 mg/m2 dni 5 // 400 mg/m2 dni 5			x	
393	0298				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA KONSOLIDACJA REMISJI	KONSOLIDACJA REMISJI	DAUNORUBICINUM // CYTARABINUM // CLADRIBINUM	45 mg/m2 dz..1 // 400 mg/m2 dni 5 // 5 mg/m2 dni 3			x	
394	0299				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA KONSOLIDACJA REMISJI	KONSOLIDACJA REMISJI	TIOGUANINUM // CYTARABINUM // CLADRIBINUM	200 mg//m2 dni 5 // 400 mg/m2 dni 5 // 5 mg/m2 dni 3			x	
395	0300				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA KONSOLIDACJA REMISJI	HD ARABINOZYD CYTOZYNY+2-CDA	CYTARABINUM // CLADRIBINUM	4000 mg/m2 dz.. 1, 3, 5 // 5 mg/m2 dz.. 1, 3, 5			x	
396	0301				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA LECZENIE PODTRZYMUJĄCE	HD ARABINOZYD CYTOZYNY	CYTARABINUM	6000 mg/m2 /24 h i. v. dz. 1,3,5			x	
397	0302				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA OPORNA NA LECZENIE	FLAG	FLUDARABINUM // CYTARABINUM	30 mg/m2i.v. lub 50 mg p.o. dz.1-5 // 2000 mg/m2 i.v. dz..1-5			x	
398	0303				X	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA OPORNA NA LECZENIE	CLAG-MIT	CLADRIBINYM// CYTARABINUM/ /MITOXANTRONUM	5 mg/m2 dni 5 // 2000 mg/m2 dni 5//10 mg/m2 i.v. dz.. 1-3				
400	0304				x	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA.INDUKCJA REMISJI.	CLAG	CLADRIBINUM // CYTARABINUM	5 mg/m2 dni 5 // 2000 mg/m2 dni 5			x	
401	0305			x		OSTRA NIELIMFOBLASTYCZNA BIAŁACZKA	KONSOLIDACJA CZĘŚĆ I	VINCRISTINUM // IDARUBICINUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM // TIOGUANINUM	1,5 mg/m2 i.v. dz.. 1,8,15,22 // 12 mg/m2 i.v. dz.. 1,8,15,22 // 75 mg/m2 i.v. dz..3-6, 10-13, 17-20, 24-27 // 40 mg/m2 p.o. dz..1-28 // 60 mg/m2 p.o. dz.. 1-28		x	x	
402	0306			x		OSTRA NIELIMFOBLASTYCZNA BIAŁACZKA	KONSOLIDACJA CZĘŚĆ I FAZA (D)	IDARUBICINUM // CYTARABINUM	12 mg/m2 i.v. dz.. 3,5,7 // 0,5 g/m2 i.v. 2X/D dz.. 3-7		x	x	
403	0307			x		OSTRA NIELIMFOBLASTYCZNA BIAŁACZKA	LECZENIE PODTRZYMUJĄCE REMISJĘ	TIOGUANINUM // CYTARABINUM	40 mg/m2/D p.o. // 40 mg/m2 s.c. przez 4 kolejne dni co 4 tygodnie		x	x	
404	0308			x		OSTRA NIELIMFOBLASTYCZNA BIAŁACZKA	KONSOLIDACJA CZĘŚĆ I FAZA (E)	ETOPOSIDUM // CYTARABINUM	100 mg/m2 i.v. dz.. 3-7 // 0,5 g/m2 i.v. 2X/D dz.. 3-7		x	x	
405	0309			x		OSTRA NIELIMFOBLASTYCZNA BIAŁACZKA	KONSOLIDACJA CZĘŚĆ I FAZA (F)	TIOGUANINUM // CYTARABINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // CYTARABINUM	60 mg/m2 p.o. dz..1-14 // 40 mg dokanaowo dz..1,8,15 // 500 mg/m2 i.v. dz..1,15 // 75 mg/m2 i.v. dz.. 3-6, 10-13		x	x	
407	0310		x			PIERWOTNY RAK WĄTROBY	DCF	DOXORUBICINUM // CIS-PLATINUM // FLUOROURACILUM	50 mg/m2 dz..1 // 20 mg/m2 dz..1-5(wlew ciągy) // 500 mg/m2 dz..1 – 5 (wlew ciągły)co 28 dni	x	x	x	
409	0311	x	X	x	x	POSTĘPOWANIE WSPOMAGAJĄCE	G-CSF	FILGRASTIMUM	480mcg X 1 -KROTNE PODANIE		x	x	
410	0312	X	X	x	x	POSTĘPOWANIE WSPOMAGAJĄCE	G-CSF	FILGRASTIMUM	300mcg X 1 -KROTNE PODANIE		x	x	
411	0313	X	X	x	x	POSTĘPOWANIE WSPOMAGAJĄCE	G-CSF	LENOGRASTIMUM	263 mcg 1 -KROTNE PODANIE		x	x	
412	0314	X	x	x	x	POSTĘPOWANIE WSPOMAGAJĄCE	EPO	ERYTROPOETYNA LUB INNE LEKI STYMULUJĄCE ERYTROPOEZĘ (DARBEPOETYNA)	3x10 000J.M/tydz.ień PRZEZ 6 TYG. LUB DAWKA RÓWNORZĘDNA PRZY HGB< 9G%	X	x	x	PRZY HGB< 9G% PRZY PIERWSZORAZOWEJ KWALIFIKACJI

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE													
CHEMIOTERAPIA													
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA			
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
413	0315	X	X		X	POSTĘPOWANIE WSPOMAGAJĄCE	PEG G-CSF	PEGFILGRASTIMUM	6 mg 1 -KROTNE PODANIE s.c.	X	X	X	W ZAPOBIEGANIU NEUTROPENII III/i.v. st z gorączką z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej i zespołów mielodysplastycznych
414	0316	X	X	X	X	POSTĘPOWANIE WSPOMAGAJĄCE	KARDIOPROTEKCJA	DEXRAZOXANUM	do 1000mg/m2 i.v.		x	x	do stosowania w ośrodkach dz.iecięcych. Zastosowanie u dorosłych możliwe w przypadku terapii antracyklinami w dawce 300mg/m2 doksorubicyny lub 480 epirubicyny lub wyższej, albo w przypadku terapi antracyklinami chorych ze współistniejącą chorobę serca
415	0317			X		POSTĘPOWANIE WSPOMAGAJĄCE	PRZECIWWYMIOTNE	ONDANSETRONUM	5mg/m2 i.v.		x	x	wyłącznie ośrodki dz.iecięce
416	0318			X		POSTĘPOWANIE WSPOMAGAJĄCE	PRZECIWWYMIOTNE	ONDANSETRONUM	4mg 2x dz. p.o. dni 1-5	x	x	x	wyłącznie ośrodki dz.iecięce
417	0319		X		X	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA		INTERFERONUM ALFA	9 MLN J.M. 3 X TYdz.IEŃ	x	x	x	
418	0320			x		PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA U DZIECI	(TYP DOROSŁY) CML CML (INF+HU)	INTERFERONUM ALFA // HYDROXYCARBAMIDUM	dni 1-3 - 1.000.000 j.m./m2 s.c. // dni 4-6 - 3.000.000 j.m./m2 s.c. // dni 7-365 - 5.000.000 j.m./m2 s.c. // 40mg/m2 p.o. codz.iennie – 1 rok	X	x	x	
419	0321			x		PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA U DZIECI	(TYP DOROSŁY) CML CML (INF+BU)	INTERFERONUM ALFA // BUSULFANUM	dni 1-3 - 1000000 J /m2 s.c. // dni 4-6 - 3000000 J /m2 s.c. // dni 7-365- 5000000 J /m2 s.c. // 0.1 mg/kg m.c. p.o. – 1 ROK	X	x	x	
421	0322		x			RAK GŁOWY I SZYI	PF	CIS-PLATINUM // FLUOROURACILUM	100 mg/m2 i.v. dz..1 // 800- 1000 mg/m2 i.v. dz.. 1-4 (WLEW CIAGŁY 96 H W SKOJARZENIU Z LUB BEZ RADIOTERAPII)	x	x	x	
422	0323		x			RAK GŁOWY I SZYI	MTX	METHOTREXATUM	40 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 7 dni	x	x	x	
423	0324		x			RAK GŁOWY I SZYI	PFH&N	CIS-PLATINUM // FLUOROURACILUM	20 mg/m2 /dz..i.v. (wlew ciągy) dz.. 1 – 5 // 500 mg/m2 /dz..i.v. (wlew ciągy) dz.. 1 – 7 oraz dz.. 15, 22, 29 co 28 dni	x	x	x	
424	0325		x			RAK GŁOWY I SZYI	PFELVH&N	CIS-PLATINUM // FLUOROURACILUM // VINBLASTINUM // ETOPOSIDUM // CALCII FOLINAS	30 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 // 500 mg/m2 i.v. dz.. 1 –3 // 3 mg/m2 i.v. dz..1 // 100 mg/m2 i.v. dz..2 I 3 // 25 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 co 21 dni	x	x	x	
425	0326		X			RAK GŁOWY I SZYI	PF1	CIS-PLATINUM // FLUOROURACILUM	25 mg/m2 i.v. dz.. 1-4 // 1000 mg/m2 i.v. dz.. 1-4 co 28 dni	X	X	x	
426	0327		X			RAK GŁOWY I SZYI	P	CIS-PLATINUM	40 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 7 dni W SKOJARZENIU Z RADIOTERAPIĄ	X	X	x	
427	0328	x	x			RAK JAJNIKA	CP	CIS-PLATINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	75 mg/m2 i.v. dz..1 // 750 mg/m2 i.v. dz..1 co 21 dni	x	x	x	
428	0329	x	x			RAK JAJNIKA	KP	CARBOPLATINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	300 - 350 mg/m2 i.v. dz..1 // 600 mg/m2 i.v. dz..1 co 21 dni	x	x	x	
429	0330	x	x			RAK JAJNIKA	CAP	CIS-PLATINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // DOXORUBICINUM	50 mg/m2 i.v. dz..1//500 mg/m2 i.v. dz..1 // 50 mg/m2 i.v. dz..1 co 21 dni	x	x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE													
CHEMIOTERAPIA													
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA			
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
430	0331	x	x			RAK JAJNIKA	KAP	CARBOPLATINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // DOXORUBICINUM	300-350 mg/m2 i.v. dz..1// 500mg/m2 i.v. dz..1 // 50 mg/m2 i.v. dz..1 co 21 dni	x	x	x	
431	0332	x	x			RAK JAJNIKA	K	CARBOPLATINUM	350-400 mg/m2 i.v. dz..1 co 21 dni	x	x	x	
432	0333	x	x			RAK JAJNIKA	VP-mono	ETOPOSIDUM	50 -100mg p.o dz..1-10 lub dz..1-14, cykle co 21 dni	x	x	x	
433	0334	x	x			RAK JAJNIKA	GC	CARBOPLATINUM // GEMCITABINUM	AUC 5 (300 mg/m2) i.v. dz.. 1 // 1250 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8, co 21 dni		x	x	
434	0335	x	x			RAK JAJNIKA	GP	CIS-PLATINUM // GEMCITABINUM	75 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 1250 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8, co 21 dni		x	x	
435	0336	x	x			RAK JAJNIKA	GCB-mono	GEMCITABINUM	1250 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 co 21 dni		x	x	
436	0337	x	X			RAK JAJNIKA	EP	ETOPOSIDUM // CISPLATIMUM	75 mg/m2 i.v. dz.. 1, 8 i 15 // 20 mg/m2 i.v. dz.. 1, 8 i 15, co 21 dni		x	x	
437	0338		x			RAK JELITA GRUBEGO	LF1	FLUOROURACILUM // CALCII FOLINAS	425mg/m2 i.v. dz..1-5//20mg/m2 i.v. dz..1-5 co 28 dni	x	x	x	
438	0339		x			RAK JELITA GRUBEGO	LF2	FLUOROURACILUM // CALCII FOLINAS	350 mg/m2 i.v. dz..1-5 // 20mg/m2 i.v. dz..1-5 co 28 dni	x	x	x	LECZENIE NEOADIUWANTOWE W RAKU ODBYTNICY
439	0340		x			RAK JELITA GRUBEGO	LF3	FLUOROURACILUM // CALCII FOLINAS	400 mg/m2 i.v. dz..1-2 // 20mg/m2 i.v. dz..1-2 co 14 dni	x	x	x	LECZENIE NEOADIUWANTOWE W RAKU ODBYTNICY
440	0341		x			RAK JELITA GRUBEGO	FM	FLUOROURACILUM // /MITOMYCINUM	1000 mg/m2 i.v. dz..2-5 I dz..29-32//10mg/m2 i.v. dz..3 + RADIOTERAPIA	x	x	x	
441	0342		x			RAK JELITA GRUBEGO	LF4	CALCII FOLINAS // FLUOROURACILUM // FLUOROURACILUM	200 mg/m2 i.v. (WLEW 2-GOdz.INNY) dz..1 I 2 // 400 mg/m2 i.v. dz..1 I 2 // 1200 mg/m2 i.v. dz..1 I 2 (wlew ciągy 22 GOdz.) co 14 dni	x	x	x	
442	0343		x			RAK JELITA GRUBEGO	LF5	CALCII FOLINAS // FLUOROURACILUM	500mg/m2 i.v. dz.1// 400 mg/m2 bolus + 1200 mg/m2 i.v. dz.1(wlew ciągy 24 godz..) co 7 dni	x	x	x	
443	0344		x			RAK JELITA GRUBEGO	LF6	CALCII FOLINAS // FLUOROURACILUM	400 mg/m2 i.v. dz.1// 1600-2600mg/m2 i.v. dz.1(wlew ciągy 24 godz..) co 7 dni	x	x	x	
445	0345		x			Rak kanału odbytu	FP	FLUOROURACLUM // CIS-PLATINUM	1000 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 100 mg/m2 i.v. dz.. 2, co 21 dni		x	x	
446	0346		X			RAK KORY NADNERCZA	DDD	MITOTANUM	do maksymalnej dawki 10g dz.iennie p.o. przez 2 miesiące	X	X	x	
448	0347		X			RAK PĘCHERZA MOCZOWEGO	M-VAC	METHOTREXATUM // DOXORUBICINUM // CIS-PLATINUM // VINBLASTINUM	30 mg/m2 i.m.. dz.. 1, 15, 22 // 30 mg/m2 i.v. dz..2 // 70 mg/m2 i.v. dz.. 2 // 3 mg/m2 i.v. dz..2, cykle powtarzane co 28 dni	x	x	x	
449	0348		x			RAK PĘCHERZA MOCZOWEGO	KG	GEMCITABINUM //CARBOPLATINUM	1000 mg/m2 i.v. dz.. 1, 8, 15 // 300 mg/m2 i.v. dz..2 co 28 dni	x	x	x	
450	0349		x			RAK PĘCHERZA MOCZOWEGO	PG	GEMCITABINUM // CIS-PLATINUM	1000 mg/m2 i.v. dz.. 1,8 i 15 // 80-100 mg/m2 i.v. dz..2 co 28 dni	x	x	x	
451	0350		X			RAK PĘCHERZA MOCZOWEGO	MTC	MITOMYCINUM	20-40 mg DOPĘCHERZOWO	X	X	x	Jednorazowo Jeśli leczenie radykalne to raz w tygodniu przez okres 6-8 tygodni Jeśli leczenie podtrzymujące to raz w miesiącu przez 12 miesięc
452	0351		X			RAK PĘCHERZA MOCZOWEGO	DOX	DOXORUBICINUM	50 mg/m2 (bolus) dz.ień1	X	X	x	
453	0352		x			RAK PIERSI	AC	DOXORUBICINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	60 mg/ m2 i.v. dz..1// 600mg/m2 i.v. dz. 1 co 21 dni	x	x	x	
454	0353		x			RAK PIERSI	CMF1	CYCLOPHOSPHAMIDUM // METHOTREXATUM // FLUOROURACILUM	100 mg/m2 p.o. dz.. 1-14 // 40 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 // 600 mg/m2 dz..1 i 8 co 28 dni	x	x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA				
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
455	0354		x			RAK PIERSI	CMF2	CYCLOPHOSPHAMIDUM // METHOTREXATUM// FLUOROURACILUM	600 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 // 40 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 // 600 mg/m2 dz..1 i 8 co 21 dni	x	x	x	
456	0355		x			RAK PIERSI	COOPER	CYCLOPHOSPHAMIDUM // METHOTREXATUM // FLUOROURACILUM // VINCRISTINUM // PREDNISONUM	100 mg/m2 p.o. dz.. 1-7 // 30 mg/m2 i.v. dz..1 // 500 mg/m2 i.v. dz.. 1 //1 mg i.v. dz.. 1 // 45 mg/dz..p.o. dz.. 1-14,30mg dz..15-28, 15 mg dz.. do końca leczenia	x	x	x	
457	0356		x			RAK PIERSI	FAC	FLUOROURACILUM // DOXORUBICINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	500 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 50 mg/m2 i.v. dz..1 // 500 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 21 dni	x	x	x	
458	0357		x			RAK PIERSI	NF1	VINORELBINUM // FLUOROURACILUM	25 mg/m2 i.v. lub 60 mg/m2 p.o. dz.. 1 i 8 // 500 mg/m2 i.v. dz..1 i 8 co 21 dni	x	x	x	
459	0358		x			RAK PIERSI	NF2	VINORELBINUM // FLUOROURACILUM	25 mg/m2 i.v. dz. 1 i 6, lub 60 mg/m2 p.o. dz. 1 i 8 // 750 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 wlew ciągy co 21 dni	x	x	x	
460	0359		x			RAK PIERSI	ADM1	DOXORUBICINUM	30 mg/m2/ i.v. co 7 dni	x	x	x	
461	0360		x			RAK PIERSI	NA	VINORELBINUM // DOXORUBICINUM	25 mg/m2 i.v.lub 60 mg/m2 p.o. dz. 1 i 8 // 30 mg/m2 i.v. 1 i 8 co 21 dni lub 25 mg/m2 1 i 8 // 50 mg//m2 i.v. 1 dz. co 21 dni	x	x	x	
462	0361		x			RAK PIERSI	N	VINORELBINUM	50 mg/m2 i.v. co 7 dni lub 25-30 mg/m2 i.v. co 7 dni lub lub 60 mg/m2 p.o. co 7 dni przez pierwsze 3 tygodnie, a następnie 80 mg/m2 p.o. dz. co 7 dni	x	x	x	podwyższenie dawki po 3 tygodniach do 80 mg/m2 p.o. jest możliwe tylko i wyłacznie wtedy gdy nie wystepuje ciężka neutropenia
463	0362		x			RAK PIERSI	MMM	MITOXANTRONUM // METHOTREXATUM // MITOMYCINUM	7 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 22 // 30 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 22 // 7 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 6 tygodni	x	x	x	
464	0363		x			RAK PIERSI	MM2	MITOXANTRONUM // METHOTREXATUM	12 mg/m2 i.v. co 21 // 40 mg/m2 i.v. co 2dni	x	x	x	
465	0364		x			RAK PIERSI	M	METHOTREXATUM	10mg dokanalowo co 7 dni	x	x	x	
466	0365		x			RAK PIERSI	P	CIS-PLATINUM	20 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 co 21-28 dni lub 20 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 7 dni lub 60 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 21 dni	x	x	x	
467	0366		X			RAK PIERSI	FEC	FLUOROURACILUM // EPIRUBICINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	500 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 75 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 500 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 21 dni	X	X	x	
468	0367		X			RAK PIERSI	MV	MITOMYCINUM // VINBLASTINUM	12 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 6 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 21 dni	X	X	x	
469	0368		X			RAK PIERSI	CNF	CYCLOPHOSPHAMIDUM// MITOXANTRONUM // FLUOROURACILUM	500 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 10 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 500 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 21 dni	X	X	x	
470	0369		X			RAK PIERSI	ADM2	DOXORUBICINUM	50-75 mg/m2 co 21 dni	X	X	x	
471	0370		X			RAK PIERSI		PACLITAXELUM	175 mg/m2 co 21 dni		X	X	wyłącznie w rozsianym raku piersi
472	0371		x			RAK PIERSI	EC	EPIRUBICINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	90 mg/m2 dz..1// 600 mg/m2 dz..1co 21 dni			X	
473	0372		x			RAK PIERSI	FEC	FLUOROURACYLUM // EPIRUNICINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	500 mg/m2 // 100 mg/m2 // 500 mg/m2 co 21 dni			x	
474	0373		x			RAK PIERSI	M	MITOXANTRONUM	10-14 mg/m2 (wlew 30min) co 21 dni			x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
Lp.			SPECJALNOŚCI			ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	WARUNKI WYKONANIA			
	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA					TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
475	0374		x			RAK PIERSI	FILM	FLUOROURACILUM // CALCII FOLINAS // MITOMYCINUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM	750 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 200 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 6 mg/m2 i.v. dz.. 1 (co drugi cykl) //1000 mg/m2 dz.. 1//60% dawki ifosfamidu dz.. 1 co 21 dni		x	x	
476	0375		x			RAK PIERSI	MMM	MITOXANTRONUM // MITOMYCINUM // METHOTREXATUM	12 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 12 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 40 mg/m2 i.v. dz.. 1, co 21 dni		x	x	
477	0376		x			RAK PIERSI	CAF1	DOXORUBICYNUM // FLUOROURACILUM // CYCLOPHPSPHAMIDUM	30 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 // 500 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 // 75 mg/m2 po dz.. 1-14, co 28 dni		x	x	
478	0377		x			RAK PIERSI	CAF2	DOXORUBICYNUM // FLUOROURACILUM // CYCLOPHPSPHAMIDUM	30 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 // 500 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 //375 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8, co 28 dni		x	x	
479	0378		x			RAK PIERSI	CMF-i.v.	CYCLOPHPSPHAMIDUM // FLUOROURACILUM // METHOTREXATUM	500 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 500 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 30 mg/m2 i.v. dz.. 1 , co 21 dni		x	x	
480	0379		x			RAK PŁASKONABŁONKOWY PRĄCIA	BMC	BLEOMYCINUM // METHOTREXATUM // CIS-PLATINUM	10mg/m2 dz..1i8 //25mg/m2dz..1i8 //DDP75mg/m2dz..1 co 21 dni I	x	x	x	
481	0380		x			RAK PŁUCA DROBNOKOMÓRKOWY	PE	CIS-PLATINUM // ETOPOSIDUM	30 mg/m2/dz.. 1-3 lub 80-100 mg/m2 dz..1 // 100-120 mg/m2/dz.. 1-3 co 21 dni	x	x	x	
482	0381		x			RAK PŁUCA DROBNOKOMÓRKOWY	KE	CARBOPLATINUM // ETOPOSIDUM	300-350 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 100-120 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 co 21 dni	x	x	x	
483	0382		x			RAK PŁUCA DROBNOKOMÓRKOWY	VIP	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // CIS-PLATINUM // MESNUM	75 mg/m2 i.v. dz.. 1-4 // 1200 mg/m2 i.v. dz..1-4 //20mg/m2 i.v. dz.. 1-4 // 60% dawki ifosfamidu	x	x	x	
484	0383		x			RAK PŁUCA DROBNOKOMÓRKOWY	V-ICE	CARBOPLATINUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM // ETOPOSIDUM // VINCRISTINUM	300 mg/m2 i.v. dz.. 1//5000mg/m2 i.v. dz.. 1// 60% dawki ifosfamidu dz.. 1// 120mg/m2 i.v. dz.. 1-3 //1mg i.v. dz.. 15 co 21-28 dni	x	x	x	
485	0384		x			RAK PŁUCA DROBNOKOMÓRKOWY	PACE	CIS-PLATINUM // DOXORUBICINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // ETOPOSIDUM	20 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 45 mg/m2 i.v. dz..1// 800 mg/m2 i.v. dz.. 1//50mg/m2 i.v. dz.. 1-5 co 21 dni	x	x	x	
486	0385		x			RAK PŁUCA DROBNOKOMÓRKOWY	CAV	CYCLOPHOSPHAMIDUM // DOXORUBICINUM // VINCRISTINUM	1000 mg/m2 dz.. 1 // 50 mg/m2 i.v. dz..1 // 1 mg/m2 i.v. dz..1 co 21 dni	x	x	x	
487	0386		x			RAK PŁUCA DROBNOKOMÓRKOWY	CAE	CYCLOPHOSPHAMIDUM // DOXORUBICINUM // ETOPOSIDUM	1000 mg/m2 i.v. dz..1// 45 mg/m2 i.v. dz..1 // 100 mg/m2 i.v. dz.. 1, 3 i 5 co 21 dni	x	x	x	
488	0387		x			RAK PŁUCA NIEDROBNOKOMÓRKOWY	PV	CIS-PLATINUM // VINBLASTINUM	100 mg/m2 i.v. dz..1 // 5 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 co 21 dni	x	x	x	
489	0388		x			RAK PŁUCA NIEDROBNOKOMÓRKOWY	KV	CARBOPLATINUM // VINBLASTINUM	300-350 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 5 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 co 21 dni	x	x	x	
490	0389		x			RAK PŁUCA NIEDROBNOKOMÓRKOWY	PE	CIS-PLATINUM // ETOPOSIDUM	30 mg/m2/dz.. 1-3 lub 80-100 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 100-120 mg/m2/dz.. 1-3 co 21 dni	x	x	x	
491	0390		x			RAK PŁUCA NIEDROBNOKOMÓRKOWY	MPV	MITOMYCINUM // CIS-PLATINUM // VINBLASTINUM	8 mg/m2 i.v. dz..1 // 80-120 mg/m2 i.v. dz..1 // 4 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 co 21-28 dni	x	x	x	
492	0391		x			RAK PŁUCA NIEDROBNOKOMÓRKOWY	MIP	MITOMYCINUM // CIS-PLATINUM // IFOSFAMIDUM	6 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 50 mg/m2 i.v. dz..1 // 3000 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 co 28 dni	x	x	x	
493	0392		x			RAK PŁUCA NIEDROBNOKOMÓRKOWY	N	VINORELBINUM	25-30 mg/m2 i.v dz. 1 i 8. co 7 dni lub 60 mg/m2 p.o. co 7 dni przez pierwsze 3 tygodnie, a następnie 80 mg/m2 p.o. dz. co 7 dni	x	x	x	podwyższenie dawki po 3 tygodniach do 80 mg/m2 p.o. jest możliwe tylko i wyłacznie wtedy gdy nie wystepuje ciężka neutropenia
494	0393		x			RAK PŁUCA NIEDROBNOKOMÓRKOWY	PN	VINORELBINUM // CIS-PLATINUM	25-30 mg/m2 i.v. lub 80 mg/m2 p.o. dz.. 1 i 8// 80-100 mg/m2 i.v. dz..1 co 21 dni	x	x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA				
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
495	0394		x			RAK PŁUCA NIEDROBNOKOMÓRKOWY	KN	VINORELBINUM // CARBOPLATINUM	25-30 mg/m2 i.v. lub 80 mg/m2 p.o. dz..p.o. dz.. 1 i 8 // 300-350 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 21 dni	x	x	x	
496	0395		x			RAK PŁUCA NIEDROBNOKOMÓRKOWY	G	GEMCITABINUM	1000 mg/m2 i.v. dz.. 1, 8 i 15 co 28 dni	x	x	x	
497	0396		x			RAK PŁUCA NIEDROBNOKOMÓRKOWY	PG	GEMCITABINUM // CIS-PLATINUM	1250 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 // 100 mg/m2 i.v. dz..2	x	x	x	
498	0397		x			RAK PŁUCA NIEDROBNOKOMÓRKOWY	KG	GEMCITABINUM //CARBOPLATINUM	1000 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 8 // 300 mg/m2 i.v. dz..2 co 21 dni	x	x	x	
501	0398		x			RAK PROSTATY	NP.	MITOXANTRONUM // PREDNISONUM	12 mg/m2 i.v. dz..1 co 21 dni // 2 X 5 mg dz.iennie p.o.x 21 dni	x	x	x	
502	0399		x			RAK PROSTATY	BICALUTAMIDUM	BICALUTAMIDUM	50mg na dobę przez 28 dni	x		x	
503	0400		x			RAK PRZEŁYKU	PF1	FLUOROURACILUM // CIS-PLATINUM	800 mg/m2 i.v. dz.. 1-4 // 80 mg/m2 i.v. dz..1 co 28 dni +/- napromienianie	x	x	x	
504	0401		x			RAK PRZEŁYKU	CVMITO	CIS-PLATINUM // VINBLASTINUM // MITOMYCINUM // NAPRZEMIENNIE Z CIS PLATINUM // VINBLASTINUM // BLEOMYCINUM	50 mg/m2 i.v. dz..1 // 6 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 10 mg/m2 i.v. dz..1 co 56 dni naprzemiennie // 50 mg/m2 i.v. dz.. 29 // 6 mg/m2 i.v. dz.. 29 // 20 mg/m2 i.v. dz..29 co 56 dni	x	x	x	
505	0402		X			RAK PRZEŁYKU	PF2	FLUOROURACILUM // CIS-PLATINUM	300 mg/m2 i.v. (wlew ciągły) dz.. 1-21 // 20 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 i 17-21 co 21 dni	X	X	x	LECZENIE PRZEDOPERACYJNE (2-3 KURSY)
506	0403	x	x			RAK SROMU	MF	MITOMYCINUM // FLUOROURACILUM	10 mg/m2 i.v. dz..1// 750 mg/m2 i.v. dz..1-5 co 28 dni	x	x	x	
507	0404	x	X			RAK SROMU -	telaeradioterapia+FC	FLUOROURACILUM // CIS-PLATINUM	// 500 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 60 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 28 dni	X	X	x	
508	0405	x	x			RAK SZYJKI MACICY	PF	CIS-PLATINUM // FLUOROURACILUM	75 mg/m2 i.v. dz..1 // 800 mg/m2 i.v. dz..1 co 21 dni	x	x	x	
509	0406	x	x			RAK SZYJKI MACICY	P	CIS-PLATINUM	40 mg/m2 i.v. co 7 dni	x	x	x	
510	0407	x	X			RAK SZYJKI MACICY	IFX1	IFOSFAMIDUM // MESNUM	2500 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 // 60% DAWKI IFOSFAMIDU i.v. dz.. 1-3 co 21 dni	X	X	x	
511	0408	x	x			RAK SZYJKI MACICY	BOMB	BLEOMYCINUM // VINCRISTINUM // MITOMYCINUM // CIS-PLATINUM	10 mg im dz.. 1, 8, 15 i 22 // 1 mg/m2 i.v. dz.. 1, 8, 22 i 29 // 10 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 50 mg/m2 i.v. 1 i 22 co 42 dni		x	x	
512	0409	x	X			RAK TRZONU MACICY	AP1	DOXORUBICINUM // CIS-PLATINUM	60 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 50 mg/m2 i.v. dz.. 1 co 28 dni	X	X	x	
513	0411	x	x			RAK TRZONU MACICY	VFP	ETOPISDUM // FLUOROURACILUM // CIS-PLATINUM	80 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 // 500 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 // 30 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 co 21 dni		x	x	
515	0412		x			RAK TRZUSTKI	LFP	CALCII FOLINAS // FLUOROURACILUM // CIS-PLATINUM	20 mg/m2 D 1-5 // 300 mg/m2 dz.1-5 (wlew ciągy) // 20 mg/m2 dz..1-5(wlew ciągy) co 28 dni	x	x	x	
516	0413		x			RAK TRZUSTKI	G	GEMCITABINUM	1000 mg/m2 i.v. dz..1,8,15 co 28 dni	x	x	x	
517	0414		X			RAK TRZUSTKI	FU	FLUOROURACILUM	500 mg/m2 i.v. dz..1-5 co 28 dni	X	X	x	
518	0415		x			RAK ŻOŁĄDKA	PLFE	CIS-PLATINUM // CALCII FOLINAS // FLUOROURACILUM // EPIRUBICINUM	30 mg/m2 i.v. dz..1-3 // 100 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 // 500 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 // 50 mg/m2 i.v. dz..1 co 21 dni	x	x	x	
519	0416		x			RAK ŻOŁĄDKA	FAM	FLUOROURACILUM // DOXORUBICINUM // MITOMYCINUM	600 mg/m2 i.v. dz..1,8 // 30 mg/m2 i.v. dz..1 // 10 mg/m2 i.v. dz..1 co 28 dni	x	x	x	
520	0417		x			RAK ŻOŁĄDKA	FFP	CALCII FOLINAS // FLUOROURACILUM // CIS-PLATINUM	25 mg/m2 i.v. dz..1-5 I dz..29-33// 300 mg/m2 i.v. dz..1-5 i dz..29-33 (CIĄGŁY WLEW < 500 mg/24 GOdz.INY) // 20 mg/m2 i.v. dz..1-5 I dz..29-33 (CIĄGŁY WLEW) co 28 dni	x	x	x	LECZENIE SKOJARZONE Z RADIOTERAPIĄ W STADIUM ZAAWANSOWANIA MIEJSCOWEGO– 2 KURSY W TRAKCIE RADIOTERAPII I 4 KURSY PO ZAKOŃCZENIU RADIOTERAPII
521	0418		x			RAK ŻOŁĄDKA	FU+LV	FLUOROURACILUM // CALCII FOLINAS	425 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 25 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 co 28 dni	x	x	x	
522	0419		x			RAK ŻOŁĄDKA	EAP	ETOPOSIDUM // DOXORUBICINUM // CISPLATIMUM	120 mg/m2 i.v. dz.. 4-6 // 20 mg/m2 i.v. dz.. 1 i 7 // 40 mg/m2 i.v. dz.. 2 i 8, co 21 dni		x	x	
523	0420		x			RAK ŻOŁĄDKA	ELF	CALCII FOLINAS // ETOPOSIDUM // FLUOROURACILUM	300 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 // 120 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 // 500 mg/m2 i.v. dz.. 1-3 co 28 dni		x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	SPECJALNOŚCI			ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	WARUNKI WYKONANIA				
			ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA					TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI	
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14	
524	0421			x		RAKI PRZEWODU POKARMOWEGO		IFOSFAMIDUM // ETOPOSIDUM//MESNUM	1800mg/m2 i.v. dni 1-5 // 100mg/m2 i.v. dni 1-5// /1800 mg/m2/dz. 5 d co 21 dni			x		
525	0422			x		RAKI PRZEWODU POKARMOWEGO		IFOSFAMIDUM // DOXORUBICINUM//MESNUM	1800mg/m2 i.v. dni 1-5 // 20mg/m2 i.v. dni 1-3//1800 mg/m2/dz. 5 d co 21 dni			x		
526	0423			x		SIATKÓWCZAK	PACE	TENIPOSIDUM // DOXORUBICINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // CIS-PLATINUM	100 mg/m2/dz.. i.v. X 2 // 40 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 400 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 100 mg/m2/dz.. i.v. X 1		x	x		
530	0424			x		SIATKÓWCZAK, NEUROBLASTOMA	JOE	VINCRISTINUM // ETOPOSIDUM // CARBOPLATINUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1 // 150 mg/m2/dz.. i.v. 1-2 // 550 mg/m2/dz.. i.v. 1 co 21 dni		x	x		
531	0425		x		x	SZPICZAK	VAD	VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // DEXAMETHASONUM	0,4 mg/24H I. V. dz..1-4 //9 mg/m2 I. V. 24H dz..1-4 // 40 mg/24H P. O. dni 1-4, 9-12, 17-20 co 28 dni	x	x	x		
532	0426		x		x	SZPICZAK	EMP	ETOPOSIDUM // CYTARABINUM // CIS-PLATINUM // DEXAMETHASONUM	100 mg/m2 dz.. 1-4 //1g/m2 dz.. 5 // 25mg/m2 dz.. 1-4 // 40 mg.m2 dz.. 1-5	x	x	x		Zdaniem Konsultanta Krajowego schemat nie jest obecnie stosowany
533	0427				x	SZPICZAK	TCD	TENIPOSIDUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // DEXAMETHASONUM	30 mg/m2 dz.. 1, 2 // 200 mg/m2 7 dni // 40 mg/m2 7 dni	x	x	x		
534	0428		x		x	SZPICZAK	DCEP	CYCLOPHOSPHAMIDUM // ETOPOSIDUM // CIS-PLATINUM // DEXSAMETHASONUM	750 mg/m2/dz i.v. 1-4 // 75 mg/m2/dz. i.v. dz. 1-4// 25 mg/m2/dz. i.v. dz. 1-4 // 40mg/dz. dz. 1-4	x	x	x		
535	0429				X	SZPICZAK	VMCP	VINCRISTINUM // MELPHALANUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // PREDNISONUM	1 mg,i.v.dz..1 // 5mg/m2 na 24h dz..1-4 // 100 mg/m2/24h dz. 1-4 // 60mg/m2/24h ,p.o. dz.. 1-4	x	x	x		
537	0430				X	SZPICZAK	VMBCP	VINCRISTINUM // CARMUSTINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // /MELPHALANUM // PREDNISONUM	2 mg, i.v..,d.1 // 1mg/kg i.v..,d.1 // 10 mg/kg,i.v..,d.1 // 0,1mg/kg/24h,p.o. dni 1 - 5 // 60 mg/m2/24h,p.o.,d 1 -5	x	x	x		CARMUSTINUM - IMPORT DOCELOWY
538	0431				X	SZPICZAK	MP	MELPHALANUM // PREDNISONUM	0,15 mg/kg/24h p.o. dni 1 - 7 // 1mg/kg/24h dni 1 - 7	x	x	x		
539	0432				X	SZPICZAK	MP alternatywny	MELPHALANUM // PREDNISONUM	0,25 mg/kg/24h p.o. dni 1 - 4 // 1mg/kg/24h dni 1 - 4	x	x			
540	0433				X	SZPICZAK	VBAP	DOXORUBICINUM // CARMUSTINUM // VINCRISTINUM// PREDNISONUM	30 mg/m2 i.v. d 1 // 30mg/m2 i.v..,d.1 // 1 mg, i.v..,d.1// 60 mg/m2/24h,p.o.,d 1 - 4	x	x	x		CARMUSTINUM - IMPORT DOCELOWY
541	0434				x	SZPICZAK OPORNY	EDAP	ETOPOSIDUM // CYTARABINUM // CIS-PLATINUM // DEXAMETHASONUM	100 mg/m2 dz.. 1-4//1g/m2 dz..5//25 mg/m2 dz.. 1-4//40mg dz..p.o 1-5	x	x	x		
543	0435			x		TERAPIA RATUJACA	CHOP	PREDNISONUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // DOXORUBICINUM // VINCRISTINUM // MESNUM // CICLOSPORINUM // ETOPOSIDUM // PREDNISONUM	50 mg p.o. 30X // 750 mg i.v. 6X // 50 mg i.v. 6X // 2 mg i.v. 6X // 250 mg i.v. 18 X // A: 600 mg p.o. 252X // 150 mg 27X // 60 mg 72X		x	x		
544	0436			x		TERAPIA RATUJACA	2- CDA	CLADRIBINUM // INTERFERONUM ALFA	6,5 mg/m2 i.v. 18X //2 MLN IU SC.120 X		x	x		
545	0437			x		WSZYSTKIE GUZY LITE LECZENIE PODTRZYMUJĄCE	VP-16	ETOPOSIDUM	100 mg/m2/dz.. i.v. lub p.o. 1-5 co 21 dni dawki p.o. dwa razy większe od i.v.		x	x		
546	0438			x		WSZYSTKIE GUZY LITE LECZENIE ANTYANGIOGENETYCZNE	VLB	VINBLASTINUM	6 mg/m2/dz.. i.v. 1x w tyg		x	x		
547	0439			x		WSZYSTKIE GUZY LITE LECZENIE ANTYANGIOGENETYCZNE	NCTX	VINORELBINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	15 mg/m2/dz. i.v. lub 60 mg/m2/dz p.o. X 3 // 25 mg/m2/dz..p.o. X 28		x	x		
548	0440			x		WSZYSTKIE GUZY LITE LECZENIE PODTRZYMUJĄCE	VP-16	ETOPOSIDUM	100 mg/m2/dz.. i.v. LUB p.o. 1-5 co 21 dni , dawka p.o. dwa razy większa		x	x		
549	0441			x		WSZYSTKIE GUZY LITE: WZNOWY, LECZENIE PODTRZYMUJĄCE		VINCRISTINUM // DACARBAZINUM	1,5 mg/m2 i.v. dz.. 1 // 250 mg/m2 i.v. dz.. 1-3			x		

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE													
CHEMIOTERAPIA													
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA			
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
550	0442			x		WSZYSTKIE GUZY LITE: WZNOWY, LECZENIE PODTRZYMUJĄCE		CYCLOPHOSPHAMIDUM	50 mg/m2 i.v. dni 1-10			x	
551	0443			x		WZNOWA OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	(ALL) BLOK S	DEXAMETHASONUM // VINCRISTINUM // IDARUBICINUMUM // ETOPOSIDUM // TIOTHEPUM // ASPARAGINASUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM	p.o. 6mg/m2 ´6 // i.v. 1,5mg /m2 '2 // i.v. 8mg/m2 '2 // i.v. 100mg/m2 ´3 // i.v. 30mg/m2/D ´1 // i.v. 20000J/M2´1 // I.T. 12mg ´1 // I.T.30mg ´1 // I.T. 10mg ´1		x	x	
552	0444			x		WZNOWA OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	(ALL) PROTOKÓŁ FLAG	FLUDARABINUM // CYTARABINUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM	30 mg i.v. lub 50 mg p.o. 4X // 2G i.v. 4X // 12 mg ITH 1X // 40 mg ITH 1X // 35 mg ITH 1X		x	x	
553	0445			x		WZNOWA OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	(ALL) PROTOKÓŁ FLAG BLOK A	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // METHOTREXATUM // MESNUM // MESNUM // CALCII FOLINAS	100 mg i.v. 30X // 1000 mg i.v. 6X // 500 mg i.v. 6X // i.v. 300mg 18X // 15 mg i.v. 12X		x	x	
554	0446			x		WZNOWA OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	(ALL) PROTOKÓŁ FLAG BLOK B	ETOPOSIDUM // VINBLASTINUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS	100 mg i.v. 30 X // 6mg i.v. 12X // 500 mg i.v. 6X // 15 mg i.v. 12X		x	x	
555	0447			x		WZNOWA OSTRA NIELIMFOBLASTYCZNA BIAŁACZKA	(ANLL) PROTOKÓL IDA-FLAG	FLUDARABINUM // CYTARABINUM // IDARUBICINUMUM // METHOTREXATUM // PREDNISONUM // CYTARABINUM	30 mg i.v. lub 50 mg p.o.4X // 2000mg i.v. 4X / 12 mg 1X // 35 mg 1X // 40 mg ITH 1XFilgrastimum 0,4mg/kg		x	x	
556	0448			x		WZNOWY ,PROGRESJA WSZYSTKIE GUZY LITE	ICE M	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM // CIS-PLATINUM	60 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 // 900 mg/m2/dz.. i.v. 1-5/ 900 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 // 20 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 co 21 dni		x	x	
557	0449			x		WZNOWY /PROGRESJA WSZYSTKIE GUZY LITE	PROTOKÓŁ D	ETOPOSIDUM // DACARBAZINUM	150mg/m2/dz.. i.v. 1-3// 250mg/m2/dz.. i.v. 1-3 co 21 dni		x	x	
558	0450			x		WZNOWY MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH		CARBOPLATINUM // ETOPOSIDUM	600 mg/m2 // 600 mg/m2		x	x	
559	0451			x		WZNOWY MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	O-TI	IDARUBICINUM // TROFOSFAMIDUM	20 mg/m2 // 1500 mg/m2		x	x	TROFOSFAMIDUM - import docelowy
560	0452			x		WZNOWY MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	O-TE	TROFOSFAMIDUM // ETOPOSIDUM	1500 mg/m2 // 500 mg/m2		x	x	TROFOSFAMIDUM - import docelowy
561	0453			x		WZNOWY OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	(ALL) BLOK F1	DEXAMETHASONUM // VINCRISTINUM // METHOTREXATUM // ASPARAGINASUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM	p.o. 20mg/m2 ´5 // i.v. 1,5mg /m2´ 2 // i.v. 1g/m2 ´1 // 20000J/m2´1 // I.T. 12mg ´1 // I.T.30mg ´1 // I.T. 10mg ´1		x	x	
562	0454			x		WZNOWY OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	(ALL) BLOK F2	DEXAMETHASONUM // VINCRISTINUM // CYTARABINUM // ASPARAGINASUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM	p.o. 20mg/m2 ´5 // i.v. 1,5mg /m2´ 1 // 2 ´3g/m2/D ´2 dni // 20000J/m2´1 // I.T. 12mg ´1 // I.T.30mg ´1 // I.T. 10mg ´1		x	x	
563	0455			x		WZNOWY OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	(ALL) BLOK R1	DEXAMETHASONUM // MERCAPTOPURINUM // VINCRISTINUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // ASPARAGINASUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM	p.o. 20mg/m2 ´5 // p.o. 100mg/m2/DOBĘ ´5 // i.v. 1,5mg /m2´ 2 // i.v. 1g/m2 ´1 // i.v. 2 ´2g/m2/D ´1 // i.v. 20000J/m2´1 // I.T. 12mg ´1 // I.T.30mg ´1 // I.T. 10mg ´1		x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA				
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
564	0456			x		WZNOWY OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	(ALL) BLOK R2	DEXAMETHASONUM // TIOGUANINUM // VINDESINUM// METHOTREXATUM // IFOSFAMIDUM // DAUNORUBICINUM // ASPARAGINASUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM	p.o. 20mg/m2 ´5 // p.o. 100mg/m2/DOBĘ ´5 // i.v. 3mg/m2/DOBĘ ´1 // i.v. 1g/m2 ´1 // 400mg/m2/DOBĘ ´5 // 35mg/m2 ´1 // i.v. 20000J/m2´1 // I.T. 12mg ´1 // I.T.30mg ´1 // I.T. 10mg ´1		x	x	
565	0457			x		WZNOWY OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	(ALL) BLOK I	DEXAMETHASONUM // TIOGUANINUM // VINCRISTINUM // IDARUBICINUMUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM	p.o. 6mg/m2 ´14 // p.o. 100mg/m2/DOBĘ ´14 // i.v. 1,5mg/m2/DOBĘ ´3 // i.v. 10mg/m2 ´1 // I.T. 12mg ´2 // I.T.30mg ´2 // I.T. 10mg ´2		x	x	
566	0458			x		WZNOWY OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	PROTOKÓŁ CD-ARABINOZYD CYTOZYNY	CLADRIBINUM // CYTARABINUM // METHOTREXATUM // PREDNISONUM // CYTARABINUM	9 mg/m2 i.v. 5X // 1g/m2 5X // 12 mg ITH 1X // 35 mg ITH 1X // 40 mg ITH 1X		x	x	
567	0459			x		WZNOWY OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	PROTOKÓŁ CDE	CLADRIBINUM // DAUNORUBICINUM // VP-16 ETOPOSIDUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM // PREDNISONUM	9 mg/m2 i.v. 5X // 50 mg i.v. 3X // 100 mg i.v. 3X // 12 mg ITH 1X // 40 mg ITH 1X // 35 mg ITH 1X		x	x	
568	0460			x		WZNOWY OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	PROTOKÓŁ CD-ARABINOZYD CYTOZYNY	CLADRIBINUM // CYTARABINUM // CYTARABINUM // METHOTREXATUM // CYTARABINUM	9 mg/m2 i.v. 5X // 1 G i.v. 1X // 130 mg i.v. 3X // 12 mg ITH 1X // 40 mg ITH 1X		x	x	
569	0461			x		WZNOWY, NEUROBLASTOMA, SIATKÓWCZAK	PROTOKÓŁ WA	ETOPOSIDUM // CIS-PLATINUM // VINCRISTINUM	100mg/m2/dz.. i.v. 1-3// 30 mg/m2/dz.. i.v. 1-3 // 1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1 co 21-28 dni		x	x	
570	0462			x		WZNOWY, NEUROBLASTOMA, SIATKÓWCZAK	PROTOKÓŁ WB	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM // CIS-PLATINUM	60 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 // 900 mg/m2/dz.. i.v..1-5 // 900 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 // 20 mg/m2/dz.. i.v..1-5 co 21-28 dni		x	x	
571	0463			x		WZNOWY, PROGRESJA, LECZENIE PODTRZYMUJĄCE WSZYSTKIE GUZY LITE	VP-16+CDDP	ETOPOSIDUM // CIS-PLATINUM	100mg/m2/dz.. i.v..1-3 // 30 mg/m2/dz.. i.v. 1-3 co 21 dni		x	x	
573	0464				X	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY	LD-ARABINOZYD CYTOZYNY	CYTARABINUM	50mg/m2 dni 7	X	X	x	
19	0465			x		CHŁONIAK ZIARNICZY	OPPA	PREDNISONUM // PROCARBASINUM // VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM	60 mg/m2/dz. p.o. X 15 // 100 mg/m2/dz..p.o. X 15 // 1,5 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 40 mg/m2/dz.. i.v. X 2		x	x	PROCARBASINUM - import docelowy
20	0466			x		CHŁONIAK ZIARNICZY	COPP	PREDNISONUM // PROCARBASINUM // VINCRISTINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	40 mg/m2/dz. p.o. X 15 // 100 mg/m2/dz..p.o. X 15 // 1,5 mg/m2/dz.. i.v. X 3 // 500 mg/m2/dz.. i.v. X 2		x	x	PROCARBASINUM - import docelowy
21	0467			x		CHŁONIAK ZIARNICZY	B- DOPA	BLEOMYCINUM // DACARBAZINUM // VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // PREDNISONUM	4 mg/m2/dz.. i.v. X 2 // 150 mg/m2/dz.. i.v. X 5 // 1,5 mg/m2/dz.. i.v. X 2 // 60 mg/m2/dz.. i.v. X 1 // 40 mg/m2/dz..p.o. X 5		x	x	
22	0468		x	x	x	CHŁONIAK ZIARNICZY	ABVD	BLEOMYCINUM // DACARBAZINUM // VINBLASTINUM // DOXORUBICINUM	10 mg/m2/dz. i.v. 1-15 // 375 mg/m2/dz. i.v. 1-15// 6 mg/m2/dz. i.v. 1-15 // 25 mg/m2/dz. i.v. 1-15		x	x	
23	0469			X		CHŁONIAK ZIARNICZY	MVPP	CHLORMETHINUM // VINBLASTINUM // PROCARBASINUM // PREDNISONUM	6mg/m2 dz. 1 i 8 // 6 mg/m2 mg i.v. dz. 1 i 8 // 100mg/m2 p.o. dz.. 1-14 // 40mg/m2 p.o. dz. 1-14 co 28 dni	X	X	x	
24	0470				x	CHŁONIAK ZIARNICZY	COpp	PREDNISONUM // PROCARBASINUM // VINCRISTINUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM	40 mg/m2/d p.o. dn 1 - 14 // 100 mg/m2/ dn p.o. Dn 1 - 14 // 2 mg/m2 d 1 // 650 mg/m2 i.v. dz 1 i 8	x	x		PROCARBASINUM - import docelowy
25	0471				x	CHŁONIAK ZIARNICZY	LM OPP	PREDNISONUM // PROCARBASINUM // VINCRISTINUM // LOMUSTINUM	40 mg/m2/d p.o. Dn 1 - 14 // 100 mg/m2/ dn p.o. Dn 1 - 14 // 2 mg/m2 d 1 // 75 mg/m2 p.o. D 1	x			LOMUSTINUM, PROKARBAZYNA - import docelowy
26	0472			x		CHŁONIAK ZIARNICZY	IME	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM // MESNUM // METHOTREXATUM	100 mg/m2/dz.. i.v. 1-3 // 1000 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 // 1000 mg/m2/dz.. i.v. 1-5 // 30 mg/m2/dz.. i.v. 1 co 21 dni		x	x	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA				
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
27	0473			x		CHŁONIAK ZIARNICZY	IEP	ETOPOSIDUM // ISOFOSFAMIDUM // MESNUM // MESNUM // PREDNISONUM	120 mg/m2 i.v. dz..1-5 // 2000mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 700mg/m2 i.v. dz.. 1 // 2000mg/m2 i.v. dz..1-7 // 100 mg/m2 p.o. dz.. 1-5		x	x	
575	0474			x		ZŁOŚLIWE CHŁONIAKI NIEZIARNICZE NIE-B KOMÓRKOWE	(NHL-T) PROTOKÓŁ I	METHOTREXATUM // PREDNISONUM // VINCRISTINUM // DAUNORUBICINUM // ASPARAGINASUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // MESNUM // MERCAPTOPURINUM // CYTARABINUM //	12 mg i.t. w dz.. 1, 8,15, 22, 29, 45,59 // 60 mg/m2 p.o. LUB i.v. dz.. 1-7 // 1,5mg/m2 i.v. dz.. 8,15,22,29 // 30 mg/m2 dz..8,15,22,29 // 10.000 j.m./m2 dz.. 12,15,18,21,24,27,30,33 // 1000 mg /m2 dz..36,64 // 1000mg/m2 dz..36 I 64 // 60mg/m2 dz.. 36-63 // 75mg/		x	x	
576	0475			x		ZŁOŚLIWE CHŁONIAKI NIEZIARNICZE NIE-B KOMÓRKOWE	PROTOKÓŁ M	MERCAPTOPURINUM // METHOTREXATUM // CALCII FOLINAS // METHOTREXATUM	25 mg/m2 p.o. dz..1-57 // 5g/m2 i.v. dz..8,22,36,50 // 1 X 30mg/m2 + 2 X 15 mg/m2 // 15mg i.t. dz..8,22,36,50		x	x	
577	0476			x		ZŁOŚLIWE CHŁONIAKI NIEZIARNICZE NIE-B KOMÓRKOWE	PROTOKÓŁ II	DEXAMETHASONUM // VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // ASPARAGINASUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // MESNUM // TIOGUANINUM // CYTARABINUM // METHOTREXATUM	10 mg/m2 p.o. dz..1-30 // 1,5mg/m2 i.v. dz..8,15,22,29 // 30 mg/m2 i.v. dz.. 8,15,22,29 // 10.000 j.m./m2 i.v. dz.. 8,11,15,18 // 1000 mg/m2 i.v. dz..36 // 1000 mg/m2 dz..36 // 75mg/m2 p.o. dz.. 36-49 // 75mg/m2 i.v. dz.. 38,39,40,41,45,46,47,48 // 15 mg i.t. dz..		x	x	
578	0477			x		ZŁOŚLIWE CHŁONIAKI NIEZIARNICZE NIE-B KOMÓRKOWE	REINDUKCJA	VINCRISTINUM // PREDNISONUM // METHOTREXATUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. X 3 i.v. // 2 mg/kg/dz..p.o. X 14 // 12 mg X 1 IT		x	x	
580	0478		X	X	X	CHEMIOTERAPIA NIESTANDARDOWA	chns	WSKAZANE WE WNIOSKU NA CHEMIOTERAPIĘ NIESTANDARDOWĄ	OKREŚLONE WE WNIOSKU	X	X	X	niezbędna akceptacja Dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ
6	0479				X	BIAŁACZKA OPORNA NA LECZENIE I NAWROTOWA		MITOXANTRONYM//CYTARABINUM/RTETOPOSIDUM	8 mg/m2 dni 5//1000 mg/m2 dni 5//100 mg/m2 dni 5				
61	0480		X			CHŁONIAKI NIEZIARNICZE	ICE	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM //CARBOPLATINUM// MESNUM	100 mg/m2/dz.. i.v.1-5// 5000 mg/m2/dz.. lwlew ciągły// AUC 5 dz.ien 2 // 200 mg/m2/dz..dz. 1 (60 % dawki Ifosfamidum)	X	X	X	
68	0481			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B KOMÓRKOWE, BIAŁACZKA B-KOMÓRKOWA	protokół BFM 04-NHL CYKL AA24	DEXAMETHASONUM //VINCRISTINUM// CYTARABINUM//ETOPOSIDUM // METHOTREXATE SODIUM//CALCII FOLINAS//IFOSFAMIDUM// METHOTREXATUM//CYTARABINUM//PREDNISONUM	10 mg/m2 p.o. lub i.v dz. 1-5 // 1,5 mg/m2 dz. 1// 150 mg/m2 dawke x 2 dz. i.v. dz. 4,5// 100 mg/m2 dz. i.v. dz. 4,5//5g/m2 i.v. dz. 1//w zależnosci od eliminacji// 800mg/m2 i.v. dz. 1-5// 12 mg ith dz. 2 i 5// 30mg ITH dz. 2 i 5 //10 mg i.t dz. 2 i 5	X	X	X	
62	0482			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B KOMÓRKOWE	protokół BFM 04-NHL CYKL AAZ1	DEXAMETHASONUM //VINCRISTINUM// CYTARABINUM//ETOPOSIDUM // METHOTREXATUM/CALCII FOLINAS//IFOSFAMIDUM // METHOTREXATUM//CYTARABINUM//PREDNISONUM	10 mg/m2 p.o. lub i.v dz. 1-5 // 1,5 mg/m2 dz. 1// 150 mg/m2 dawke x 2 dz. i.v. dz. 4,5// 100 mg/m2 dz. i.v. dz. 4,5//5g/m2 i.v. dz. 1//w zaleznosci od eliminacji// 800mg/m2 i.v. dz. 1-5// 300 mg/m2 i.v. x3 dz. dz. 1-5//12 mg ith dz. 2, 4, 6// 30mg ITH dz. 2, 4, 6//10 mg i.t dz. 2, 4, 6	X	X	X	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	SPECJALNOŚCI			ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	WARUNKI WYKONANIA			
			ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA					TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
63	0483			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B KOMÓRKOWE	protokół BFM 04-NHL CYKL AAZ2	DEXAMETHASONUM //VINCRISTINUM// CYTARABINUM//ETOPOSIDUM // METHOTREXATUM//CALCII FOLINAS//IFOSFAMIDUM // METHOTREXATUM//CYTARABINUM//PREDNISONUM	10 mg/m2 p.o. lub i.v dz. 1-6 // 1,5 mg/m2 dz. 1// 150 mg/m2 dawke x 2 dz. i.v. dz. 4,5// 100 mg/m2 dz. i.v. dz. 4,5//5g/m2 i.v. dz. 1//w zaleznosci od eliminacji// 800mg/m2 i.v. dz. 1-5// 300 mg/m2 i.v. x3 dz. dz. 1-5//12 mg ith dz. 2,6// 30mg ITH dz. 2, 4, 6//10 mg i.t dz. 2, 6	X	X	X	
64	0484			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B KOMÓRKOWE	protokół BFM 04-NHL CYKL B4 i CYKL B24	DEXAMETHASONUM //VINCRISTINUM nie w R1// DOXORUBICINUM // METHOTREXATUM//CALCII FOLINAS// CYCLOPHOSAMIDUM//MESNUM//METHOTREXATUM//CYTARABINUM//PREDNISONUM	10 mg/m2 p.o. lub i.v dz. 1-5 // 1,5 mg/m2 dz. 1// 25mg/m2 dz. i.v. dz. 4,5// 1000 mg/m2 dz. 1//w zaleznosci od eliminacji// 200mg/m2 i.v. dz. 1-5// 70 mg/m2 i.v. x3 dz. dz. 1-5//12 mg ith dz. 2,6// 30mg ITH dz. 2, 4, 6//10 mg i.t dz. 2, 6	X	X	X	
69	0485			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B KOMÓRKOWE, BIAŁACZKA B-KOMÓRKOWA	protokół BFM 04-NHL CYKL BB24	DEXAMETHASONUM //VINCRISTINUM// DOXORUBICINUM // METHOTREXATUM//CALCII FOLINAS// CYCLOPHOSAMIDUM//MESNUM//METHOTREXATUM//CYTARABINUM PREDNISONUM	10 mg/m2 p.o. lub i.v dz. 1-5 // 1,5 mg/m2 dz. 1// 25mg/m2 dz. i.v. dz. 4,5// 5000 mg/m2 dz. 1//w zaleznosci od eliminacji// 200mg/m2 i.v. dz. 1-5// 70 mg/m2 i.v. x3 dz. dz. 1-5//12 mg ith dz. 2,5// 30mg ITH dz. 2, 5//10 mg i.t dz. 2, 5	X	X	X	
65	0486			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B KOMÓRKOWE	protokół BFM 04-NHL CYKL BBZ1	DEXAMETHASONUM //VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // METHOTREXATUM//CALCII FOLINAS// CYCLOPHOSAMIDUM//MESNUM//METHOTREXATUM//CYTARABINUM//PREDNISONUM	10 mg/m2 p.o. lub i.v dz. 1-6 // 1,5 mg/m2 dz. 1// 25mg/m2 dz. i.v. dz. 4,5// 5000 mg/m2 dz. 1//w zaleznosci od eliminacji// 200mg/m2 i.v. dz. 1-5// 70 mg/m2 i.v. x3 dz. dz. 1-5//12 mg ith dz. 2,4,6// 30mg ITH dz. dz. 2,4,6//10 mg i.t dz. dz. 2,4,6	X	X	X	
66	0487			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B KOMÓRKOWE	protokół BFM 04-NHL CYKL BBZ2	DEXAMETHASONUM //VINCRISTINUM // DOXORUBICINUM // METHOTREXATUM//CALCII FOLINAS// CYCLOPHOSAMIDUM//MESNUM//METHOTREXATUM//CYTARABINUM//PREDNISONUM	10 mg/m2 p.o. lub i.v dz. 1-6 // 1,5 mg/m2 dz. 1// 25mg/m2 dz. i.v. dz. 4,5// 5000 mg/m2 dz. 1//w zaleznosci od eliminacji// 200mg/m2 i.v. dz. 1-5// 70 mg/m2 i.v. x3 dz. dz. 1-5//12 mg ith dz. 2,,6// 30mg ITH dz. dz. 2,6//10 mg i.t dz. dz. 2,6	X	X	X	
12	0488			X		CHLONIAKI NIEZIARNICZE B-KOMORKOWE	protokół BFM 04-NHL CYKL CC	DEXAMETHASONUM //VINDESINUM// CYTARABINUM //ETOPOSIDUM// METHOTREXATUM///CYTARABINUM//PREDNISONUM	20 mg/m2 p.o. lub i.v 1-5 // 3 mg/m2 i.v. dz. 1// 3g/m2 dz. 1,2/ 100 i.v dz. 3,4, 5// //12 mg ITH dz. 5/ 30mg IT dz. 5//10 mg IT dz. 5	X	X	X	
67	0489			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B KOMÓRKOWE	BLOK CC	DEXAMETHASONUM //VINDESINUM// CYTARABINUM //ETOPOSIDUM// METHOTRXTRATE SODIUM//PREDNISOLON//CYTARABINUM	2mg/m2 p.o. lub i.v x5 // 3 mg/m2 max 5 mg x 1// 3mg/m2 X4/ 100 mg/m2 x5// 200mg i.v.x5//12 mg ITH x1// 10mg ITH X1//30 mg ITH x1	X	X	X	
285	0490			X		NIEZIARNICZE CHŁONIAK ZŁOŚLIWE	LECZENIE ANTYANGIGENETYCZNE	CYCLOPHOSAMIDUM//PREDNISOLONUM	50 mg/m2/ i.v. dz. 10d//40 mg/m2/ i.v./dz., Cykl 5 dniowy	X	X	X	
286	0491			X		NIEZIARNICZE CHŁONIAK ZŁOŚLIWE	LECZENIE ANTYANGIGENETYCZNE	CYCLOPHOSAMIDUM//PREDNISOLONUM	5 mg/m2/ i.v. dz. 10d//2 mg/m2/ i.v./dz., Cykl 5 dniowy	X	X	X	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	SPECJALNOŚCI			ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	WARUNKI WYKONANIA			
			ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA					TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
104	0492			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE LIMFOBLASTYCZNE	PROFAZA	PREDNISONUM//METHOTREXATE//RASBURICASE	60 mg/m2/ p.o. lub i.v. dz. 1//12 mg it dz. 1//0, 2 mg/m2/ i.v. dz. 1-3	X	X	X	
105	0493			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE LIMFOBLASTYCZNE	PROTOKÓŁ I z DEXAMETAZONEM	DEXAMETHAZONUM//VINCRISTINUM//DAUORUBICINUM//ASPARAGINASUM//CYCLOPHOSAMIDUM//MESNUM//MERCAPTOPURINUM//CYTARABINUM//METHOTREXATUM	10 mg/m2/ p.o. lub i.v. dz. 1-28//1,5 mg/m2/ i.v. dz. 8,15,22,29//30 mg/m2/ lub i.v. dz. 8,15,22,29//10 000 mg/m2/ lub i.v. dz. 12,15,18,21,24,24,27,30,33//1000 mg/m2/ lub i.v. dz. 36,64//mesnum 400 mg/m2/ p.o. x3// 75mg/m2/ 36-63//75 mg/m2/ i.v. x 16//12 mg ith dz. 1,12,33 (18,27 w CNS+), 45,59	X	X	X	
106	0494			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE LIMFOBLASTYCZNE	LECZENIE PODTRZYMUJĄCE - do 18 miesięcy	MERCAPTOPURINUM//METHOTREXATUM	50 mg/m2/ p.o. dz. 1-321///20 mg/m2/ X 46	X	X	X	
107	0495			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE LIMFOBLASTYCZNE	LECZENIE PODTRZYMUJĄCE - do 24 miesięcy	MERCAPTOPURINUM//METHOTREXATUM	50 mg/m2/ p.o. dz. 1-501///20 mg/m2/ X 72	X	X	X	
83	0496			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B-KOMÓRKOWE	PROTOKOŁ BMF-04-NHL-PROFAZA	DEXAMETHASONUM//CYCLOPHOSAMIDUM//MESNUM//METHOTREXATUM//CYTARABINUM//PREDNISONUM//RASBURICASE	5mg/m2/ p.o. lub i.v dz. 1,2 //10 mg/m2/ p.o. lub i.v dz. 3,4,5 //200mg/m2/ i.v dz. 1,2//70 mg/m2/ i.v x 3//12 mg ITH. dz. 1 i 3 w CNS+//30 mg ITH. dz. 1 i 3 w CNS+//10 mgit dz. 1 i 3 w CNS+//0,2 mg/kg i.v. dz. 1-4	X	X	X	
84	0497			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B-KOMÓRKOWE	PROTOKOŁ BMF -04-NHL CYKL A4 i CYKL A24	DEXAMETHASONUM//VINCRISTINUM niew R1//CYTARABINUM//ETOPOSIDUM//METHOTEXTRATUM//CALCII FOLINAS//IFOSFAMIDUM//MESNUM//METHOTREXATUM//CYTARABINUM//PREDNISONUM	10mg/m2/ p.o. lub i.v dz. 1,2 //1,5mg/m2/ dz. 1//150 mg/m2/ dz.dawke 2 x dziennie i.v. dz. 4,5//100mg/m2/ i.v dz. 4,5//1000mg/m2/ i.v dz. 1//w zależności od eliminacji//800mg/m2 i.v dz. 1-5//12mg it dz. 2//30mg it dz. 2//10mg it dz. 2	X	X	X	
85	0498			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B-KOMÓRKOWE/B-ALL Wznowa	MABTHERA EICNHL	RITUXIMAB//METHOTREXATE SODIUM //CYTARABINUM//PREDNISONUM	375 mg/m2 i.v. x 4 co 7 dni//15 mg i.t dz. 3//30 mg dz. i.t dz. 3 //15 mg dz. i.t dz. 3 (gdy CNS+)	X	X	X	
86	0499			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B-KOMÓRKOWE/B-ALL Wznowa	CYVE	CYTARABINUM//CYTARABINUM//ETOPOSIDUM//METHOTREXATUM//PREDNISONUM	50 mg/m2 i.v. dz. 1-5i//3000 mg /m2 d i.v. dz. 2-5// 200 mg/m2/d i.v dz. 2-5// 15 mg i.t dz. 1//15 mg i.t dz. 1	X	X	X	
87	0500			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B-KOMÓRKOWE/B-ALL Wznowa	ICN	MITOXANTRONE//CARBOPLATINUM//IFOSFAMIDUM//MESNUM//METHOTREXATUM//CYTARABINUM//PREDNISONUM	8 mg/m2 i.v. dz. 1-2//200 mg/m2 i.v. dz. 2-5/2000 mg/m2 i.v. dz. 2-6//2000 mg/m2 i.v. dz. 2-6//15 mg/l.T dz. 1 i 7//30 mg/l.T dz. 1 i 7//15 mg l.T dz. 1 i 7	X	X	X	
88	0501			X		CHŁONIAKI NIEZIARNICZE B-KOMÓRKOWE/B-ALL Wznowa	ICE	ETOPOSIDUM/CARBOPLATINUM//IFOSFAMIDUM//MESNUM//METHOTREXATUM//CYTARABINUM//PREDNISONUM	100 mg/m2 i.v. dz. 1-2//200 mg/m2 i.v. dz. 2-5/2000 mg/m2 i.v. dz. 2-6//2000 mg/m2 i.v. dz. 2-6//15 mg/l.T dz. 1 i 7//30 mg/l.T dz. 1 i 7//15 mg /l.T dz. 1 i 7	X	X	X	
1	0502			X		ANAPLASTYCZNY CHŁONIAK NAWROTOWY	CYKL CVA	LOMUSTINUM(CCNU)//VINBLASTINUM//CYTARABINUM	100 mg/m2/ p.o. dz. 1 //6 mg/m2/ i.v. dz. 1, 8, 15, 22// 100 mg/m2/ i.v. dz. 1 5	X	X	X	
2	0503			X		ANAPLASTYCZNY CHŁONIAK NAWROTOWY	CYKL ICM	MITOXANTRONUM//CARBOPLATINUM//IFOSFAMIDUM//MESNUM//METHOTREXATUM//CYTARABINUM/PREDNISONUM	8 mg/m2/ I.V. dz. 1,2 //200 mg/m2/ I.V. dz. 2-5 //2000mg/m2/ I.V. dz. 2-6 //500 mg/m2/ I.V dz. 2-8 // 12 mg ITH. dz. 1//30 mg ITH. dz. 1//10 mg ITH. dz. 1	X	X	X	
3	0504			X		ANAPLASTYCZNY CHŁONIAK NAWROTOWY	MONOTERAPIA Z VINBLASTYNĄ	VINBLASTINUM	6mg/m2/ i.v.. dz. 1x1//tydzień x 96	X	X	X	
4	0505			X		ANAPLASTYCZNY CHŁONIAK NIEZIARNICZY	LECZENIE PODTRZYMUJĄCE	VINBLASTINUM	6mg/m2/ i.v. 1 X tydz.ień x 52	X	X	X	
180	0506			X		HISTIOCYTOZA	LECZENIE PODTRZYMUJĄCE	METHOTREXTATE SODIUM	2,5 mg DOUSTNIE X 3, co 7 dni	X	X	X	
198	0507		X			MIĘDZYBŁONIAK		PERMETREXED//CISPLATINUM	500 mg/m2 i.v dz. 1// 75 mg/m2 dz. 1 cykle co 21 dni	X	X	X	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE													
CHEMIOTERAPIA													
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA			
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
233	0508			X		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	CWS 2002 VA	VINCRISTYNUM// DACTINOMYCINUM	1,5 mg/m2/d i.v. dz. 1,8,15,22// 1,5 mg/m2/d i.v. dz. 1 i 22	X	X	X	
234	0509			X		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	CWS -P 2002 13 VA	IFOSFAMIDUM//MESNUM//VINCRISTINUM//DACTINOMYCINUM	3000 mg/m2/d i.v. dz. 1,2,3// 3000 mg/m2/d i.v. dz. 1,2,3//1,5mg/m2/d i.v. dz. 1,8, 15// 1,5 mg/m2/d i.v. dz. 1	X	X	X	
235	0510			X		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	CWS 2002 TC	TOPOTECANUM// CARBOPLATINUM	1 mg/m2/d i.v. dz. 1,2,3,4// 150 mg/m2/d i.v. dz. 1,2,3,4	X	X	X	
236	0511			X		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	CWS 2002 Leczenie podtrzymujące TE do 12 miesiecy	TROPHOSFAMIDUM // ETOPOSIDUM	150 mg/m2/d i.v. dz. 1,-10// 50 mg/m2/d p.o. dz. 1-10	X	X	X	
237	0512			X		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	CWS 2002 Leczenie podtrzymujące TI do 12 miesiecy	TROPHOSFAMIDUM//IDARUBICINUM	150mg/m2/d i.v. dz. 1,-10// 5 mg/m2/d p.o. dz. 1, 4, 7, 10	X	X	X	
238	0513			X		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	CWS 2002-P	THIOTEPUM	5mg/m2/d i.t dz. 1	X	X	X	
239	0514			X		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	CWS 2002-P Leczenie podtrzymujące do 12 miesiecy	CYCLOPHOSAMIDUM//VINBLASTINMUM	50mg/m2/d i.v. dz. 1,-21/ 3 mg/m2/d p.o. dz. i .v. 1, 8, 15	X	X	X	
242	0515			X		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH - WZNOWA		IRINOTECANUM//CARBOPLATINUM lub CYCLOPHOSAMIDUM//MESNUM	12mg/m2/d i.v. dz. 1,-10/ 500 mg/m2/d i.v dz. 1// 1000mg/m2/m2 i.v. dz. 1// 1000 mg/m2/d i.v. dz. 1	X	X	X	
243	0516			X		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH - WZNOWA		IRINOTECANUM	20mg/m2/d i.t dz. 1-10	X	X	X	
240	0517			X		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH	ICE	IFOSFAMIDUM//CARBOPLATINUM// ETOPOSIDUM	2000mg/m2/d i.v. dz. 1,2,3//640 mg/m2/d i.v. dz. 1// 100mg/m2/d i.v. dz. 1,2,3	X	X	X	
241	0518			X		MIĘSAKI TKANEK MIĘKKICH - TERAPIA II LINII	CWS-2002	TOPOTECANUM//CARBOPLATYNUM	1mg/m2/d i.v. dz. 1-4/150 mg/m2/d i.v. dz. 1-4	X	X	X	
196	0519			X		MIESAKI TKANEK MIĘKKICH - TERAPIA II LINII	CWS-2002	TOPOTECANUM//CYCLOPHOSPHAMIDUM// MESNUM	1mg/m2/d i.v. dz. 1-4/250 mg/m2/d i.v. dz. 1-4// 250-300mg/m2/d i.v. dz. 1-4	X	X	X	
197	0520			X		MIESAKI TKANEK MIĘKKICH - TERAPIA II LINII	CWS-2002	TOPOTECANUM//ETOPOSIDUM	1mg/m2/d i.v. dz. 1-4//150 mg/m2/d i.v. dz. 1-4	X	X	X	
295	0521		X			NOWOTWORY ZARODKOWE JĄDRA I POZAGONADALNE	VIP5	ETOPOSIDUM // IFOSFAMIDUM ///MESNUM//CISPLATINUM	75 mg/m2 i.v. dz.. 1-5 // 300mg/m2 dz.. 1-2 // 3000 mg/m2 dz..1-3//20mg/m2 dz..1-5d	X	X	X	
420	0522		X			RAK DRÓG ŻÓŁCIOWYCH		LEUCOVORIN// FLUOROURACILUM	25 mg/m2 i.v dz. 1-5//425 mg/m2 i.v dz. 1-5 co 21-28 dni	X	X	X	
322	0523		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH	FLU_LV	CALCII FOLINAS//FLUOROURACILUM	20 mg/m2 dz.. 1//440 mg/m2 dz.. 1, cykl 7 dniowy	X	X	X	
306	0524		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA	KVP	CARBOPLATINUM//ETOPOSIDUM	450 mg/m2 dz.. 1//120 mg/m2 dz.. 1-3	X	X	X	
307	0525		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA	PACLITAXEL	PACLITAXELUM	80 mg/m2 dz.. 1	X	X	X	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA				
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
308	0526		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA	BLEOMYCIN ETOPOSIDUM CISPLATINUM 1	BLEOMYCINUM//CISPLATINUM//ETOPOSIDUM	60 mg/m2 dz.. 1-3//100 mg/m2 dz.. 1-4//120 mg/m2 dz.. 1-4,cykl 5 dniowy	X	X	X	
309	0527		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA	ETOPOSIDUM	ETOPOSIDUM	200 mg/m2 dz.. 1-4, cykl 5 dniowy	X	X	X	
302	0528		X			NOWOTWÓR ZŁOSLIWY JAJNIKA	Carbo Vp	CARBOPLATINUM AUC//ETOPOSIDUM	auc 5 dz.ień 1// 120 mg/m2 dz.ień 1-3	X	X	X	
310	0529		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO	OCF	OXALIPLATIN//CALCII FOLINAS//FLUOROURACILUM	85 mg/m2 dz. 1-2//400 mg/m2 dz. 1//1600 mg/m2 dz. 1 co 15 dni	X	X	X	
311	0530		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO	OXA	OXALIPLATIN//CALCII FOLINAS//FLUOROURACILUM//FLUOROURACILUM	85 mg/m2 dz. 1//200 mg/m2 dz. 1-2//400mg/m2 dz. 1-2//600 mg/m2 dz. 1-2	X	X	X	
312	0531		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO	OCF-2	OXALIPLATIN//CALCII FOLINAS//FLUOROURACILUM//FLUOROURACILUM	85 mg/m2 dz. 1//20 mg/m2 dz. 1-2//400mg/m2 dz. 1-2//600 mg/m2 dz. 1-2	X	X	X	
313	0532		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO	RAK JELITA GRUBEGO - OXALIPLATINUM-CALCII FOLINAS-FLUOROURACILUM-FLUOROURACILUM	OXALIPLATIN//CALCII FOLINAS//FLUOROURACILUM//FLUOROURACILUM	85 mg/m2 dz. 1//200 mg/m2 dz. 1-2//1000 mg/m2 dz. 1//600 mg/m2 dz. 2 co 14 dni	X	X	X	
316	0533		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY	RAK JELITA GRUBEGO - OXALIPLATINUM-CALCII FOLINAS-FLUOROURACILUM-FLUOROURACILUM	OXALIPLATIN//CALCII FOLINAS//FLUOROURACILUM//FLUOROURACILUM	85 mg/m2 dz. 1//200 mg/m2 dz. 1-2//1000 mg/m2 dz. 1//600 mg/m2 dz. 2 co 14 dni	X	X	X	
317	0534		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY	OXALIPLATINUM 5-FLU 5 FLU LEUCOVORIN	OXALIPLATIN//FLUOROURACILUM//ACIDUM FOLICUM	85 mg/m2 dz. 1//1000 mg/m2 dz. 1-2//200 mg/m2 dz. 1-2//	X	X	X	
318	0535		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU	F	FLUOROURACILUM	1000 mg/m2 dz.. 1-3, cykl 4 dniowy	X	X	X	
324	0536		X			ODBYT, NIE OKREŚLONY	FU+MIT	FLUOROURACILUM//MITOMYCINUM	1000 mg/m2 dz.. 1//10 mg/m2 dz.. 1	X	X	X	
303	0537		X			NOWOTWÓR ZŁOSLIWY ZAGIECIA ESICZO-ODBYTNICZEGO	Oxaliplatyna +FU	OXALIPLATINUM//CALCI FOLINAS//FLUOROULACILIUM//FLUOROULACILIUM	85 mg/m2 i.v. dz.ień 1// 20 mg/m2 bolus dz.ień 1-2//400 mg/m2 bolus dz.ień 1-2//600 mg/m2 wlew 22 GOdz.INNY dz.ień 1-2	X	X	X	
447	0538		X			RAK ODBYTU	Mitomycinum+5FU	MITOMYCINUM//FLUOROURACILUM	10mg/m2 i.v d 1 // 1000mg/m2 i.v. wlew ciągły d 2-5, 2 cykle podczas radioterapii, powtarzane co 4 tygodnie	X	X	X	schemat do wyłącznego stosowania w skojarzeniu z radioterapią w st. zaawansowania I-IIIb
304	0539		X			NOWOTWÓR ZŁOSLIWY ZAGIECIA ESICZO-ODBYTNICZEGO	Oxaliplatyna + De gramont	OXALIPLATINUM//CALCI FOLINAS//FLUOROULACILIUM//FLUOROULACILIUM	85 mg/m2 i.v. dz.ień 1// 20 mg/m2 bolus dz.ień 1-2//400 mg/m2 bolus dz.ień 1-2//600 mg/m2 wlew 22 GOdz.INNY dz.ień 1-2	X	X	X	
444	0540		X			RAK JELITA GRUBEGO	FOLFOX	OXALIPLATIN//LEUCOVORIN//FLUOROURACILUM//FLUOROURACILUM	85 mg/m2 i.v. dz. 1// 200 mg/m2 i.v dz. 1 i 2// 400 mg/m2 i.v. bolus dz. 1 i 2//600 mg/m2 i.v. (wlew 24 h) dz. 1 i 2 cykle co 14 dni	X	X	X	
499	0541		X			RAK PŁUCA NIEDROBNOKOMÓRKOWY		PERMETREXED	500 mg/m2 i.v co 21 dni	X	X	X	
500	0542		X			RAK PŁUCA NIEDROBNOKOMÓRKOWY		DOCETAXEL	75-100 mg/m2 i.v. dz.. 1 CO 21 DNI	X	X	X	
319	0543		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA	DOCETAXEL - RAK PŁUCA	DOCETAXELUM	75 mg/m2 co 21 dni	X	X	X	
320	0544		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA	P_30+E_100	ETOPOSIDUM//CISPLATINUM	100 mg/m2 dz.. 1, 3, 4//30 mg/m2 dz.. 1, cykl 21 dniowy	X	X	X	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE													
CHEMIOTERAPIA													
			SPECJALNOŚCI						WARUNKI WYKONANIA			
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
542	0545		X			SZYJNA CZĘŚĆ PRZEŁYKU	P	CISPLATINUM	100 mg/m2 co 21 dni	X	X	X	
406	0546		X			PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZEŁYKU	P	CISPLATINUM	100 mg/m2 co 21 dni	X	X	X	
514	0547		X			RAK TRZUSTKI	GP	GEMCITABINUM//CISPLATINUM	1000 mg//(i.v) w dniach 1,8,15// 25mg/m2 i.v. 1,8,15 w rytmie 28 dni	X	X	X	
186	0548		X			LECZENIE OBJAWÓW U PACJENTÓW Z HORMONALNIE CZYNNYMI GUZAMI ŻOŁADKA, JELIT I TRZUSTKI	LECZENIE WSPOPMAGAJĄCE	OCTREOTIDUM	30 mg lub rozpoczecie leczenia od analogów krótko dzialajacych łącznie z octreotidum 20 mg	X	X	X	Guzy neuroendokrynologiczne muszą być rozpoznawane i leczone w klinicznych ośrodkach endokrynologi
323	0549		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA	FU+LV	CALCII FOLINAS//FLUOROURACILUM	20 mg/m2 dz. 1-3//400 mg/m2 dz. 1-3	X	X	X	
527	0550			X		SIATKÓWCZAK	LECZENIE PRZECIWWYMIOTNE	ETOPOSIDUM//IFOSFAMIDUM//MESNUM //CARBOPLATINUM//TROPISETRONUM	150 mg/m2/ dz. 3 //1500 mg/m2/ dz. 3, 1500 mg/m2/ dz. 4//300 mg/m2/ dz. 1	X	X	X	
528	0551			X		SIATKÓWCZAK	cykl ICE wg programu SIOP - 2001	CARBOPLATINUM//ETOPOSIDUM//IFOSFAMID//MESNUM	200 mg/m2/ dz. 1-3//100 mg/m2/ dz. 1-3//3000 mg/m2 dobę dn 1-3 //3000 mg/m2/ dz. 1-3	X	X	X	
529	0552			X		SIATKÓWCZAK	cykl CCE jako alternatywa dla ICE	CARBOPLATINUM//CYCLOPHOSFAMIDUM//IFOSFAMID//MESNUM	201 mg/m2/ dz. 1-3//1000 mg/m2/ dz. 1-3//3000 mg/m2 dobę dn 1-3 //3000 mg/m2/ dz. 1-3	X	X	X	
572	0553			X		ZESPOLY MIELODYSPLASTYCZNE	CYREDUKCJA	MERCAPTOPURINUM//CYTARABINUM//FLUDARABINE// CYTARABINUM	40 mg/m2/d i.v. do czasu cytoredukcji/40mg/m2/d i.v. co 3-4 tygodnie// 30mg/m2/d i.v. lub 50 mg p.o. dz. 1-5//2000mg/m2/d i.v. dz. 1-5	X	X	X	
28	0554		X			CHŁONIAK ZIARNICZY	COPP/ABV	CYCLOPHOSPHAMIDUM//VINCRISTINUM // PROCARBASINUM // PREDNISONUM // DOXORUBICINUM//VINBLASTINI SULFAS//BLEOMYCINUM	800 mg/m2 dz.ień 1// 2 mg/m2 dz.ien 1//100 mg/m2 dz.ień 1-7//40 mg/m2 dz.ień 1-14//35 mg/m2 dz.ień 8//6 mg/m2 dz.ień 8 //10 mg/m2 dz.ień 8	X	X	X	
120	0555			X		FIBROMATOZY		METHOTREXATUM//VINBLASTINUM	20mg/m2/dz. p.o. lub i.v. dz. 1, 8 15// 3 mg/m2/dz. p.o. lub i.v. dz. 1, 8 15// 20mg/m2/dz. p.o. lub i.v. dz. 1, 8 15	X	X	X	
121	0556			X		FIBROMATOZY		METHOTREXATUM// VINORELBINUM	20mg/m2/dz. p.o. lub i.v. dz. 1, 8 15// 3 mg/m2/dz. p.o. lub i.v. dz. 1, 8 15// 20mg/m2/dz. p.o. lub i.v. dz. 1, 8 16				
122	0557			X		FIBROMATOZY	VAC	VINCRISTINUM // DACTINOMYCIMUM // CYCLOPHOSPHAMIDUM // MESNUM	1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1,8, 15 // 1,5 mg/m2/dz.. i.v. 1 // 20 mg/kg/dz. i.v. 1 // 20 mg/m2 dz. i.v. 1				
123	0558			X		FIBROMATOZY		TAMOXIFENUM	5mg/ dawkę x 2 dz. p.o 10 tygodni u dz.ieci poniżej 10 roku życia/ 10 mg/dawkę x 2 dz.iennie p. o 10 tygodni u dz.ieci powyżej 10 roku życia	X	X	X	
108	0559		X			CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA	POMB	VINCRISTINUM// METHOTEXTRATE SODIUM//CALCI FOLINAS//CISPLATINUM//BELOMYCINUM	1 mg/m2 dz.ień 1//300 mg/m2 wlew 12 godz.in dz.ien 1// 15 mg/m2 co 12 godz.in 4x// 120 mg/m2 dz.ien 4// 15 mg/m2 dz.ien 1 i 3	X	X	X	
305	0560		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKRESLENIA JEGO UMIEJSOWIENIA	PAC	CISPLATINUM//DOXORUBICINUM//CYCLOPHOSAMIDUM	50 mg/m2 dz.ień 1// 50 mg/m2 dz.ien 1 // 500 mg/m2 dz.ien 1	X	X	X	
142	0561			X		GUZ MÓZGU	Carcinoma plexus choroid	VINCRISTINUM//ETOPOSIDUM//CARBOPLATINUM	1,5 mg/m2/ i.v. dz. 5//100 mg/m2/ i.v. dz. 1-5//350 mg/m2/ i.v. dz. 2 i 3	X	X	X	

ŚWIADCZENIA ONKOLOGICZNE														
CHEMIOTERAPIA														
			SPECJALNOŚCI							WARUNKI WYKONANIA				
Lp.	kod kursu	GINEKOLOGIA ONKOLOGICZNA	ONKOLOGIA	HEMATO-ONKOLOGIA DZIECIĘCA	HEMATOLOGIA	ROZPOZNANIE KLINICZNE	TYP TERAPII	SUBSTANCJE CZYNNE	DAWKI	TRYB AMBULATORYJNY	ŚWIADCZENIE JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	UWAGI
1			2	3	4	5	6	7	8	9	9	10	14
130	0562			X		GLEJAKI OUN		TEMOZOLAMIDUM	15-75 mg/m2/ i.v./ dz., Cykl 42 dniowy	X	X	X	nowo zdiagnozowany glejak wielopostaciowyw skojarzeniu z radioterapią, a następnie w monoterapi
124	0563			X		GLEJAKI ŁAGODNE		TEMOZOLAMIDUM//CISPLATINUM	200 mg/m2/ i.v. dz. 5d//20 mg/m2/ i.v./ dz., Cykl 5 dniowy	X	X	X	
290	0564			X		NOWOTWORY OUN - PROGRESJA, WZNOWA	PROGRESJA- WZNOWA	DOXORUBICINUM//DACARBAZINUM	30 mg/m2/ i.v. dz. 1-3//250 mg/m2/ i.v. dz. 1-3	X	X	X	
289	0565			X		NOWOTWORY OUN		ETOPOSIDUM//IFOSFAMIDUM//MESNUM	150 mg/m2/ i.v. dz. 1-3//3000 mg/m2/ i.v. dz. 1-3//3000 mg/m2/ i.v. dz. 1-4	X	X	X	
291	0566			X		NOWOTWORY OUN - PROGRESJA, WZNOWA		VINCRISTINUM//LOMUSTINUM//PROCARBAZINUM//HYDROKSYMOCZNIK//CISPLATINUM//CYTARABINUM//CYCLOPHOSAMIDUM//DACARBAZINUM	1,5 mg/m2/ i.v. dz. 1//75 mg/m2/ p.o. dz. 1//75mg/m2/p.o. dz. 1//1500-3000 mg/m2/ i.v. dz. 1//60-90 mg/m2/ i.v. dz. 1//300 mg/m2/ i.v. dz. 1//300 mg/m2/ i.v. dz. 1//150 mg/m2/ i.v. dz. 1/	X	X	X	
579	0567		X			ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ	DCB	DACARBAZINUM	1000 mg/m2 dz.. 1, co 21 dni	X	X	X	
255	0568		X			NAGŁOŚNIA	P	CISPLATINUM	100 mg/m2 co 21 dni	X	X	X	
256	0569		X			NAGŁOŚNIA	P	CISPLATINUM	100 mg/m2 co 21 dni	X	X	X	
314	0570		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA	P	CISPLATINUM	100 mg/m2 co 21 dni//	X	X	X	
315	0571		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA	FU+CARBO	CARBOPLATINUM//FLUOROURACILUM	300 mg/m2// 1000 mg/m2 co 1-3 dz.., co 4 dni	X	X	X	
185	0572		X			JĘZYK, NIE OKREŚLONY	P	CISPLATINUM	100 mg/m2 co 21 dni	X	X	X	
119	0573		X			DNO JAMY USTNEJ, NIE OKREŚLONE	P	CISPLATINUM	100 mg/m2 co 21 dni	X	X	X	
408	0574		X			PODNIEBIENIE TWARDE	P	CISPLATINUM	100 mg/m2 co 21 dni	X	X	X	
187	0575		X			LUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWE)	P	CISPLATINUM	100 mg/m2 co 21 dni	X	X	X	
244	0576		X			MIGDAŁEK, NIE OKREŚLONY	P	CISPLATINUM	100 mg/m2 co 21 dni	X	X	X	
574	0577		X			ZESPÓŁ RAKOWIAKA - RAK NEUROENDOKRYNNY O NISKIEJ ZŁOSLIWOŚCI - NECLM WHO typ 2		LANREOTIDUM	30 mg i.m. co 14 dni	X	X	X	Guzy neuroendokrynologiczne muszą być rozpoznawane i leczone w klinicznych ośrodkach endokrynologi
321	0578		X			NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA	F	FULVESTRANT	250 mg bezpośrednio, co miesiąc	X	X	X	
399	0579				X	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA REINDUKCJA REMISJI	HD ARABINOZYD CYTOZYNY	CYTARABINUM	3000 mg/m2/24 h i.v dz. dni 5				
536	0580				X	SZPICZAK	CTD	CYCLOPHOSPHAMIDUM//TALIDOMIDUM //DEXAMETHASONUM	500 mg/m2 i.v. dz.1//100 mg p.o/24 h stale//20 mg p.o. dni 1-4 i 8-11				TALIDOMID- IMPORT DOCELOWY
152	0581			x		GUZY OUN		TEMOZOLAMIDUM//CISPLATINUM	200 mg/m2/ i.v. dz. 5d//20 mg/m2/ i.v., Cykl 5 dniowy	X	X	X	

Katalog Programów Terapeutycznych (lekowych)

PROGRAMY TERAPEUTYCZNE				
LP	**KOD**	**ROZPOZNANIE KLINICZNE**	**NAZWA PROGRAMU**	**SUBSTANCJE CZYNNE**
1	**2**	**3**	**4**	**5**
1	03.0000.001.02	C 50	Leczenie raka piersi docetakselem	DOCETAXELUM // DOXORUBICINUM
2	03.0000.002.02	C 50	Leczenie raka piersi kapecytabiną	CAPECITABINUM
3	03.0000.003.02	C 50	Leczenie raka piersi trastuzumabem	TRASTUZUMAB
4	03.0000.004.02	C 18, C 19, C 20	Leczenie raka jelita grubego irinotekanem	IRINOTEKANUM // FLUOROURACILUM // CALCII FOLINAS
5	03.0000.005.02	C 18, C 19, C 20	Leczenie raka jelita grubego kapecytabiną	CAPECITABINUM
6	03.0000.006.02	C 71	Leczenie glejaków mózgu temozolomidem	TEMOZOLOMIDUM
7	03.0000.007.02	C 56	Leczenie raka jajnika topotecanem	TOPOTECANUM
8	03.0000.008.02	C 92.1	Leczenie przewlekłej białaczki szplikowej (PBS) imatinibem	IMATINIB
9	03.0000.009.02	według opisu programu	Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) imatinibem	IMATINIB
10	03.0000.010.02	C 82, C 83	Leczenie chłoniaków złośliwych rituximabem	RITUXIMAB
11	03.0000.011.02	C 56	Leczenie raka jajnika paklitakselem	PAKLITAXELUM // CISPLATINUM LUB CARBOPLATINUM
12	03.0000.012.02	D 75.2	Leczenie nadpłytkowości samoistnej anagrelidem	ANAGRELIDUM
13	03.0000.013.02	E 22.8	Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego	LEUPRORELINUM lub TRIPTORELINUM
14	03.0000.014.02	według opisu programu	Leczenie pierwotnych niedoborów odpornosci u dzieci immunoglobulinami	PREPARATY IMMUNOGLOBULIN
15	03.0000.015.02	według opisu programu	Leczenie dystonii mięśniowych toksyną botulinową	TOKSYNA BOTULINOWA
16	03.0000.016.02	G 80	Leczenie mózgowego porażenia dziecięcego toksyną botulinową	TOKSYNA BOTULINOWA
17	03.0000.017.02	G 35	Leczenie stwardnienia rozsianego glatiramerem	GLATIRAMER
18	03.0000.018.02	G 35	Leczenie stwardnienia rozsianego interferonem beta	INTERFERONUM BETA
19	03.0000.019.02	B 18.1	Leczenie przewlekłego WZW typu B lamiwudyną	LAMIVUDINUM
20	03.0000.020.02	I 21	Zastosowanie abciximabu u chorych ze świeżym zawałem serca z uniesieniem ST poddanych angioplastyce wieńcowej	ABCIXIMABUM
21	03.0000.021.02	M 05	Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów infliximabem	INFLIXIMABUM
22	03.0000.022.02	według opisu programu	Leczenie sepsy aktywowanym białkiem C	DOTREKOGINUM ALFA (aktywowana)
23	03.0000.023.02	N 18	Leczenie niedokrwistości w przebiegu PNN u pacjentów niedializowanych	ERYTHROPOETINUM, DARBEPOETINUM
24	03.0000.024.02	E 75	Leczenie choroby Gaucher'a imiglucerazą	IMIGLUCERAZUM
25	03.0000.025.02	E 23	Leczenie niskorosłych dzieci z samotropinową niedoczynnością przysadki (SNP) hormonem wzrostu	SOMATOTROPINUM
26	03.0000.026.02	Q 96	Leczenie niskorosłych dzieci z ZT hormonem wzrostu	SOMATOTROPINUM
27	03.0000.027.02	N 18	Leczenie niskorosłych dzieci z PNN hormonem wzrostu	SOMATOTROPINUM
28	03.0000.028.02	E 76	Leczenie choroby Hurler laronidazą	LARONIDAZUM
29	03.0000.029.02	M 05	Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów leflunomidem	LEFLUNOMIDUM
30	03.0000.030.02	M 05, M 08	Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego zapalenia stawów etanerceptem	ETANERCEPTUM
31	03.0000.031.02	B 18.2	Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa pegylowanym	INTERFERONUM alfa pegylowany
32	03.0000.032.02	B 18.1, B 18.2	Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa naturalnym	INTERFERONUM alfa naturalny
33	03.0000.033.02	B 18.1, B 18.2	Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa rekombinowanym	INTERFERONUM alfa rekombinowany
34	03.0000.034.02	Z.94	Leczenie immunosupresyjne mykofenolanem mofetylu lub mykofenolanem sodu	MOFETILI MYCOPHENOLAS, ACIDUM MYCOPHENOLICUM
35	03.0000.035.02	Z.94	Leczenie immunosupresyjne sirolimusem	SIROLIMUS
36	03.0000.036.02	Z.94	Leczenie immunosupresyjne tacrolimusem	TACROLIMUS
37	03.0000.037.02	Q 87.1	Leczenie dzieci z Zespołem Prader - Willi hormonem Wzrostu	SOMATOTROPINUM

ZAŁĄCZNIK DO KATALOGU PROGRAMÓW TERAPEUTYCZNYCH (LEKOWYCH) OPISY PROGRAMÓW TERAPEUTYCZNYCH (LEKOWYCH)

Spis treści

1. Leczenie raka piersi docetakselem
2. Leczenie raka piersi kapecytabiną
3. Leczenie raka piersi trastuzumabem
4. Leczenie raka jelita grubego irinotekanem
5. Leczenie raka jelita grubego kapecytabiną
6. Leczenie glejaków mózgu temozolomidem
7. Leczenie raka jajnika topotecanem
8. Leczenie przewlekłej białaczki szplikowej (PBS) imatinibem
9. Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) imatinibem
10. Leczenie chłoniaków złośliwych rytuksymabem
11. Leczenie raka jajnika paklitakselem
12. Leczenie nadpłytkowości samoistnej anagrelidem
13. Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego
14. Leczenie pierwotnych niedoborów odporności u dzieci immunoglobulinami
15. Leczenie dystonii mięśniowych toksyną botulinową
16. Leczenie mózgowego porażenia dziecięcego toksyną botulinową
17. Leczenie stwardnienia rozsianego glatiramerem
18. Leczenie stwardnienia rozsianego interferonem beta
19. Leczenie przewlekłego WZW typu B lamiwudyną
20. Zastosowanie abciximabu u chorych ze świeżym zawałem serca z uniesieniem ST poddanych angioplastyce wieńcowej.

21. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów infliximabem
22. Leczenie sepsy aktywowanym białkiem C
23. Leczenie niedokrwistości w przebiegu PNN u pacjentów niedializowanych
24. Leczenie choroby Gaucher'a imiglucerazą
25. Leczenie niskorosłych dzieci z somatropinową niedoczynnością przysadki SNP hormonem wzrostu
26. Leczenie niskorosłych dzieci z ZT hormonem wzrostu
27. Leczenie niskorosłych dzieci z PNN hormonem wzrostu
28. Leczenie choroby Hurler laronidazą
29. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów leflunomidem
30. Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego zapalenia stawów etanerceptem
31. Leczenie WZW typu C lub B interferonem alfa pegylowanym
32. Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa naturalnym
33. Leczenie WZW typu B lub C interferonem alfa rekombinowanym
34. Leczenie immunosupresyjne mykofennolanem mofetylu lub mykofenolanem sodu
35. Leczenie immunosupresyjne sirolimusem
36. Leczenie immunosupresyjne tacrolimusem
37. Leczenie dzieci z zespołem Prader – Willi hormonem wzrostu

1) Skala stanu i sprawności chorego wg WHO;
2) Ocena odpowiedzi wg WHO;
3) Skala nasilenia działań niepożądanych wg WHO;

1. Nazwa programu:

LECZENIE RAKA PIERSI DOCETAKSELEM

2. Dziedzina medycyny:

Onkologia Kliniczna

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**docetaksel**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	fiolka z koncentratem a 20mg i 80mg, rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do infuzji
3) dawkowanie:	docetaksel - 75mg/m^2 powierzchni ciała w skojarzeniu z doksorubicyną 50mg/m^2 lub monoterapia - docetaksel - 100mg/m^2 po niepowodzeniu stosowanych uprzednio antracyklin lub leków alkilujących

Pełna kuracja obejmuje 6 cykli, co 21 dni.

4. Opis problemu zdrowotnego

C50 – nowotwór złośliwy sutka;

Przebieg choroby.

Przebieg choroby nowotworowej – raka gruczołu piersiowego zależy od:

- stopnia zaawansowania choroby (TNM);
- typu raka;
- stopnia histologicznej złośliwości;
- zawartości receptorów dla hormonów sterydowych w komórkach raka;
- wieku chorej.

Rokowanie.

5-letnie przeżycia pacjentek z miejscowo zaawansowanym rakiem gruczołu piersiowego szacuje się na ok. 20-50% a w stadium uogólnienia na ok. 10%.

***Epidemiologia*(dane dla Polski za rok 2002).**

Zachorowalność: C50 K-12132;

Umieralność: C50 K-4825;

5. Opis działania leku

Docetaksel reprezentuje nową grupę leków przeciwnowotworowych (taksany; taksoidy), których mechanizm działania polega na hamowaniu prawidłowej organizacji mikrotubul. W wyniku

tego niemożliwe jest powstanie prawidłowego wrzeciona podziałowego i dochodzi do zahamowania podziałów mitotycznych komórki. W przeprowadzonych badaniach klinicznych u chorych opornych na leczenie antracyklinami ogólny odsetek odpowiedzi wynosił 34 - 56% (w tym odsetek odpowiedzi całkowitych 3,8 - 4,4%). W badaniach porównawczych z doksorubicyną stwierdzono wpływ docetakselu na ogólny czas przeżycia (7%) i na czas do wystąpienia progresji (mediana wyższa o 6%).

W Polsce docetaksel został zarejestrowany ze wskazaniem do leczenia chorych z miejscowo zaawansowanym lub uogólnionym rakiem piersi. Lek jest dopuszczony do stosowania w skojarzeniu z doksorubicyną u chorych, którzy nie otrzymywali wcześniej chemioterapii. Produkt może być stosowany w monoterapii u chorych po niepowodzeniu uprzednio stosowanej chemioterapii

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- wydłużenie całkowitego czasu przeżycia kobiet z miejscowo zawansowanym i uogólnionym rakiem piersi;
- zmniejszenie śmiertelności kobiet z miejscowo zawansowanym i uogólnionym rakiem piersi;
- wydłużenie czasu do progresji choroby;
- poprawa jakości życia chorych.

7. Kryteria włączenia do programu,

- rozpoznanie: histologicznie udokumentowany rak piersi, miejscowo zaawansowany (IIIA/IIIB) lub uogólniony (IV) ;
- niepowodzenie chemioterapii z udziałem antracyklin (załączona dokumentacja z leczenia antracyklinami) lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania antracyklin w przypadku monoterapii;
- wykonane badania immunohistochemiczne oceniające stopień ekspresji receptorów HER, obecność receptorów ER i PGR w komórkach nowotworu
- stan sprawności 0-1 wg WHO ;
- prawidłowe wskaźniki czynności nerek.;
- prawidłowe wskaźniki czynności wątroby;
- prawidłowe wskaźniki czynności szpiku;
- wykluczenie ciąży.

8 Kryteria wykluczenia z programu,

- wystąpienie objawów nadwrażliwości na docetaksel;
- toksyczność wg WHO > 3, zwłaszcza wystąpienie objawów zahamowania czynności szpiku, objawów niewydolności krążenia czy ciężkiej biegunki;
- stan sprawności 2 – 4 wg WHO;
- brak skuteczności leku po 3 cyklach leczenia (po 9 tygodniach stosowania leku);
- progresja choroby w trakcie stosowania leku.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Obejmuje ocenę odpowiedzi na leczenie (według skali WHO dla zmian mierzalnych) oraz stopnia nasilenia działań niepożądanych (ocena stopnia toksyczności według skali WHO).
Badania należy przeprowadzać co 3 cykle leczenia.

Badanie podmiotowe i przedmiotowe:

- badanie fizykalne;
- USG jamy brzusznej lub badanie tomografii komputerowej (w zależności od oceny sytuacji klinicznej);
- RTG klp;
- EKG;
- scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny sytuacji klinicznej);
- badania laboratoryjne w tym: morfologia z rozmazem, poziom kreatyniny, poziom aktywności aminotransferaz, fosfatazy alkalicznej, poziom bilirubiny, próba tymolowa.

10 Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informacje dotyczące monitorowania leczenia w programem;
- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie, po każdych kolejnych 3 cyklach leczenia oraz na zakończenie leczenia, do oddziału wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia docetakselem;
- datę rozpoczęcia leczenia;

- datę zakończenia leczenia;
- przyczyna zakończenia leczenia;
- zastosowane dawkowanie docetakselu;
- sumarycznej dawki docetakselu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- ocena wyników leczenia (wg skali WHO dla zmian mierzalnych) oraz
- stopień nasilenia działań niepożądanych (toksyczność wg skali WHO);
- ocena osiągniętych punktów końcowych ;
- uzyskany czas przeżycia (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);
- uzyskany czas do progresji (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział/pododdział onkologii klinicznej z możliwością stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia działań niepożądanych (z uwzględnieniem możliwości przeprowadzenia konsultacji kardiologicznej).

- pracownia mammografii;
- pracownia scyntygrafii - lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem;
- pracownia tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego – lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem;
- pracownia USG, RTG; EKG;
- zaplecze laboratoryjne z możliwością przeprowadzenia następujących badań:

  -badania biochemiczne krwi;
  -morfologia krwi z rozmazem;
  -immunohistochemiczne badanie oceniające stopień ekspresji receptora HER2 oraz obecności receptorów ER i PGR na komórkach guza.

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
- co najmniej 2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków;
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym.

1. Nazwa programu:

LECZENIE RAKA PIERSI KAPECYTABINĄ

2. Dziedzina medycyny:

Onkologia Kliniczna

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

1) nazwa produktu leczniczego	**kapecytabina.**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	tabletki a 150mg i tabletki a 500mg.
3) dawkowanie:	1250mg/m^2 powierzchni ciała 2 x dziennie - odpowiada to całkowitej dawce dobowej 2500 mg/m^2 p.c.

Kapecytabina podawana jest doustnie w monoterapii w dawce 2500 mg/m^2/dobę przez 14 dni z następową przerwą 7-dniową

3. Opis problemu zdrowotnego

C50 – nowotwór złośliwy sutka

Przebieg choroby.

Przebieg choroby zależy od:

- stopnia zaawansowania choroby (TNM);
- typu raka;
- stopnia histologicznej złośliwości;
- zawartości receptorów dla hormonów sterydowych w komórkach raka;
- obecności nadekspresji receptora HER-2;
- wieku chorej.

Rokowanie.

5-letnie przeżycia pacjentek z miejscowo zaawansowanym rakiem gruczołu piersiowego szacuje się na ok. 20-50% a w stadium uogólnienia na ok. 10%.

***Epidemiologia* (dane dla Polski za rok 2002) .**

Zachorowalność: C50 K-12132;

Umieralność: C50 K-4825;

5. Opis działania leku

Kapecytabina jest cytostatykiem (antymetabolitem) pozbawionym cytotoksyczności karbaminianem fluoropirymidyny, który działa jako doustny prekursor cytotoksycznej cząsteczki 5-fluorouracylu (5-Fu). Kapecytabina jest aktywowana w procesie kilku reakcji enzymatycznych. Enzym odpowiedzialny za ostateczną konwersję do 5-Fu, fosforylaza tymidynowa (ThyPase), jest obecna w tkankach guza oraz w prawidłowych tkankach. W prawidłowych tkankach występuje w niższym stężeniu niż w guzie. Metabolizm 5-Fu w szlaku anabolicznym prowadzi do blokady metylacji kwasu deoksyurydylowego w kwas tymidylowy, co powoduje wpływ na syntezę kwasu deoksyrybonukleinowego (DNA). Inkorporacja 5-Fu prowadzi także do zahamowania syntezy RNA i białek. Ze względu na zasadnicze znaczenie DNA i RNA dla podziału i wzrostu komórki, spowodowany przez 5-Fu niedobór tymidyny może prowadzić do zaburzeń wzrostu i śmierci komórki. Skutki zaburzeń syntezy DNA i RNA są największe w komórkach szybko dzielących się, które szybko metabolizują 5- Fu.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- wydłużenie całkowitego czasu przeżycia kobiet z miejscowo zawansowanym i uogólnionym rakiem piersi;
- zmniejszenie śmiertelności kobiet z miejscowo zawansowanym i uogólnionym rakiem piersi;
- wydłużenie czasu do progresji choroby;
- poprawa jakości życia chorych.

7. Kryteria włączenia do programu,

- rozpoznanie: histologicznie udokumentowany rak piersi, miejscowo zaawansowany (IIIA/IIIB) lub uogólniony (IV);
- niepowodzenie chemioterapii z udziałem antracyklin i taksoidów (załączona dokumentacja z leczenia antracyklinami lub taksoidami) lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania antracyklin;
- wykonane badania immunohistochemiczne oceniające stopień ekspresji receptorów HER, obecność receptorów ER i PGR w komórkach nowotworu;
- stan sprawności 0-1 wg WHO ;
- prawidłowe wskaźniki czynności nerek.;
- prawidłowe wskaźniki czynności wątroby;
- prawidłowe wskaźniki czynności szpiku;
- wykluczenie ciąży;
- brak nadwrażliwości na pochodne fluoropirymidynowe;

- brak zaburzeń wchłaniania jelitowego;
- trudności w uzyskaniu dostępu do naczyń żylnych.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- wystąpienie objawów nadwrażliwości na kapecytabinę;
- toksyczność wg WHO > 3, zwłaszcza wystąpienie objawów zahamowania czynności szpiku, objawów niewydolności krążenia czy ciężkiej biegunki;
- stan sprawności 2 - 4 wg WHO;
- brak skuteczności leku po 3 cyklach leczenia (po 9 tygodniach stosowania leku);
- progresja choroby w trakcie stosowania leku.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Obejmuje oceną odpowiedzi (według skali WHO dla zmian mierzalnych) oraz stopnia nasilenia działań niepożądanych (ocena stopnia toksyczności według skali WHO). Badania należy przeprowadzać co 3 cykle leczenia:

Badanie podmiotowe i przedmiotowe:

- badanie fizykalne;
- usg jamy brzusznej lub badanie tomografii komputerowej (w zależności od oceny sytuacji klinicznej);
- RTG klp;
- EKG;
- scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny sytuacji klinicznej);
- badania laboratoryjne w tym: morfologia z rozmazem, poziom kreatyniny, kwasu moczowego, poziom aktywności aminotransferaz, fosfatazy alkalicznej, poziom bilirubiny, próba tymolowa;

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informacje dotyczące monitorowania leczenia programem;
- informację na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;

- wskazania do leczenia kapecytabiną;
- datę rozpoczęcia leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- przyczyna zakończenia leczenia;
- zastosowane dawkowanie kapecytabiny;
- sumaryczną dawkę kapecytabiny wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- ocenę wyników leczenia (wg skali WHO dla zmian mierzalnych);
- stopień nasilenia działań niepożądanych (toksyczność wg skali WHO);
- ocena osiągniętych punktów końcowych:
    - uzyskany czas przeżycia (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);
    - uzyskany czas do progresji (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);

Powyższe dane należy przekazywać po każdych kolejnych 3 cyklach leczenia (co 9 tygodni) oraz na zakończenie leczenia.

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział/pododdział lub poradnia onkologii klinicznej z możliwością stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia działań niepożądanych (z uwzględnieniem możliwości przeprowadzenia konsultacji kardiologicznej)

- pracownia mammografii;
- pracownia scyntygrafii - lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem;
- pracownia tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego – lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem;
- pracownia USG, RTG; EKG;
- zaplecze laboratoryjne z możliwością przeprowadzenia następujących badań:

    -badania biochemiczne krwi;

    -morfologia krwi z rozmazem;

    -immunohistochemiczne badanie oceniające stopień ekspresji receptora HER2 oraz obecności receptorów ER i PGR w komórkach nowotworu.

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
- co najmniej 2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków;
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym.

1. Nazwa programu:

LECZENIE RAKA PIERSI TRASTUZUMABEM

2. Dziedzina medycyny:

Onkologia kliniczna

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**trastuzumab**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	fiolki a 150mg z proszkiem do przygotowania koncentratu do sporządzenia roztworu do infuzji.
3) dawkowanie:	2mg/kg masy ciała po dawce początkowej 4mg/kg masy ciała.

Zalecana początkowa dawka nasycająca trastuzumabu wynosi 4 mg/kg masy ciała; dawka ta jest podawana w 90-minutowym wlewie dożylnym; po upływie 7 dni podawana jest dawka podtrzymująca 2 mg/kg masy ciała. Dawka ta jest następnie podawana w powolnym wlewie dożylnym, w odstępach, co 7 dni.

4. Opis problemu zdrowotnego

C 50 – nowotwór złośliwy sutka

Przebieg choroby

Przebieg choroby zależy od:

- stopnia zaawansowania choroby (TNM);
- typu raka;
- stopnia histologicznej złośliwości;
- zawartości receptorów dla hormonów sterydowych w komórkach raka;
- obecności nadekspresji receptora HER-2;
- wieku chorej.

Rokowanie

5-letnie przeżycia pacjentek z miejscowo zaawansowanym rakiem gruczołu piersiowego szacuje się na ok. 20-50% a w stadium uogólnienia na ok. 10%.

***Epidemiologia*(dane dla Polski za rok 2002)**

Zachorowalność: C50 K-12132;

Umieralność: C50 K-4825;

5. Opis działania leku

Trastuzumab jest przeciwciałem monoklonalnym, które wiąże się wybiórczo z receptorem HER2 i blokuje jego aktywność. Prowadzi to do zahamowania wzrostu guza i regresji nowotworu. Największe korzyści kliniczne przy stosowaniu trastuzumabu uzyskano u chorych z silnie wyrażoną (3+ w badaniu immunohistochemicznym) nadekspresją receptora HER2 lub amplifikacją genu HER2.

W Polsce trastuzumab został zarejestrowany ze wskazaniem do leczenia pacjentów z rakiem piersi z przerzutami, u których stwierdzono w komórkach nowotworu nadekspresję receptora HER2. W monoterapii preparat może być stosowany u chorych, którzy otrzymali dotychczas, co najmniej dwa schematy chemioterapii z powodu choroby nowotworowej z przerzutami, zawierające przynajmniej antracykliny i taksany (o ile nie było przeciwwskazań do tego typu leczenia). Preparat został także dopuszczony do stosowania w skojarzeniu z paklitakselem do leczenia tych pacjentek, które nie otrzymywały dotychczas chemioterapii z powodu choroby rozsianej oraz nie kwalifikowały się do chemioterapii z antracyklinami

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- wydłużenie całkowitego czasu przeżycia kobiet z uogólnionym rakiem piersi;
- zmniejszenie śmiertelności kobiet z uogólnionym rakiem piersi;
- wydłużenie czasu do progresji choroby;
- poprawa jakości życia chorych.

7. Kryteria włączenia do programu,

- rozpoznanie: histologicznie udokumentowany rak piersi z przerzutami (IV);
- udokumentowane niepowodzenie chemioterapii z użyciem antracyklin lub z przeciwwskazaniami do stosowania antracyklin (dla leczenia skojarzonego z lekiem o działaniu cytotoksycznym);
- udokumentowane niepowodzenie leczenia z użyciem przynajmniej 2 schematów chemioterapii (antracykliny i taksoidy) dla monoterapii;
- udokumentowana nadekspresja receptora HER2 (3+ w badaniu immunohistochemicznym) lub amplifikacja genu *HER2* (w badaniu FISH – fluorescencyjna hybrydyzacja *in situ*);

- stan sprawności 0 - 2 wg WHO ;
- prawidłowe wskaźniki czynności nerek;
- prawidłowe wskaźniki czynności wątroby – możliwość kwalifikowania chorych z umiarkowanym wzrostem aktywności transaminaz tzn. do 3-krotnego wzrostu aktywności transaminaz w stosunku do wartości prawidłowych;
- prawidłowe wskaźniki czynności szpiku;
- wykluczenie ciąży;
- nieobecność objawów niewydolności krążenia i niewydolności wieńcowej oraz niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- wystąpienie objawów nadwrażliwości na trastuzumab;
- toksyczność wg WHO > 3, zwłaszcza wystąpienie objawów zahamowania czynności szpiku, objawów niewydolności krążenia;
- stan sprawności 3 – 4 wg WHO;
- brak skuteczności leku po 8 tygodniach stosowania ;
- progresja choroby w trakcie stosowania leku.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Obejmuje oceną odpowiedzi na leczenie (według skali WHO dla zmian mierzalnych) oraz stopnia nasilenia działań niepożądanych (ocena stopnia toksyczności według skali WHO). Badania należy przeprowadzać po 8 tygodniach i każdych następnych 3 miesiącach leczenia.

Badanie podmiotowe i przedmiotowe:

- badanie fizykalne;
- USG jamy brzusznej lub badanie tomografii komputerowej (w zależności od oceny stanu klinicznego);
- RTG;
- EKG;
- scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny sytuacji klinicznej);
- badania laboratoryjne w tym: morfologia z rozmazem, poziom kreatyniny, poziom aktywności aminotransferaz, fosfatazy alkalicznej, poziom bilirubiny, próba tymolowa;

10. Monitorowanie wyników programu

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informację dotyczącą wyników monitorowania leczenia w programie;
- informację na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia trastuzumabem;
- datę rozpoczęcia leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie zakończenia leczenia;
- zastosowane dawkowanie trastuzumabu;
- informację o sumarycznej dawce trastuzumabu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- ocenę wyników leczenia (wg skali WHO dla zmian mierzalnych);
- stopień nasilenia działań niepożądanych (toksyczność wg skali WHO);
- ocenę osiągniętych punktów końcowych;
- uzyskany czas przeżycia (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);
- uzyskany czas do progresji (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);

Powyższe dane należy przekazywać po pierwszych 8 tygodniach, po każdych kolejnych 12 tygodniach oraz na zakończenie leczenia.

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział/pododdział onkologii klinicznej z możliwością stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia działań niepożądanych (z uwzględnieniem możliwości przeprowadzenia konsultacji kardiologicznej)

- pracownia mammografii;
- pracownia scyntygrafii - lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem;
- pracownia tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego – lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem;

- pracownia USG, Rtg; EKG;
- zaplecze laboratoryjne z możliwością przeprowadzenia następujących badań:

  -badania biochemiczne krwi;

  -morfologia krwi z rozmazem;

  -immunohistochemiczne badanie oceniające stopień ekspresji receptora HER2 oraz receptorów ER i PGR w komórkach nowotworu.

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
- co najmniej 2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków;
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym.

1. ***Nazwa programu:***

LECZENIE RAKA JELITA GRUBEGO IRINOTEKANEM

2. Dziedzina medycyny:

Onkologia kliniczna

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**irinotekan.**
2) postać farmaceutyczna, dawka	fiolki a 40mg i a 100mg koncentratu
3) dawkowanie:	180mg/m^2 powierzchni ciała (**CLF 1**) 80mg/m^2 powierzchni ciała (**CLF 2**)

w schemacie CLF1 dawkowanie leków jest następujące:

Irinotekan 180mg/m^2 we wlewie 2 godzinnym w dniu1
5-Fluorouracyl 400 mg/m^2 we wlewie typu bolus w dniu 1 i 2
5-Fluorouracyl 600mg/m^2 we wlewie ciągłym 22 godzinnym w dniu 1 i 2
folinian wapnia 200 mg/m^2 iv w dniu 1 i 2
co 14 dni
cykl leczenia obejmuje 3 podania

w schemacie CLF2 dawkowanie leków jest następujące:

dzień 1
Irinotekan 80mg/m2 i.v
5-Fluorouracyl 500 mg/m2 we wlewie 2 godzinnym
5-Fluorouracyl 1600- 2600mg/m2 średnio 2300mg/m2 (i.v.)
folinian wapnia 500 mg/m2 i.v
cykle powtarzane w odstępach 7-dniowych przez 6 tygodni (w 7 tygodniu przerwa)

4. Opis problemu zdrowotnego

C18 – nowotwór złośliwy jelita grubego

C20 – nowotwór złośliwy odbytnicy

C19 – nowotwór złośliwy zagięcia esiczo-odbytniczego)

Rak jelita grubego stanowi 9,4% wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn i 10% u kobiet. Polska należy do grupy krajów o średniej zachorowalności (ok. 11 tyś zachorowań w ciągu roku) i umieralności (8 tyś rocznie) na raka jelita grubego. Wskaźnik śmiertelności w Polsce dla obu płci wynosi 0,83, a odsetek wyleczeń – ok. 20%. W Europie Środkowej ok. 50-70% raków jelita grubego umiejscawia się w jego odcinku końcowym, tj. w odbytnicy (ok. 30-50%) i esicy (ok. 15-20%). Rak jelita grubego może wystąpić w każdym wieku. Szczyt zachorowalności przypada po 64 r.ż., wzrost ryzyka między 45- 50 r.ż., zachorowania w wieku < 45 r.ż. najczęściej przypadki występowania rodzinnego.

Przebieg choroby.

Rak jelita grubego rozwija się przez wiele lat. Objawy kliniczne manifestujące chorobę mogą ujawnić się po kilku do kilkudziesięciu lat. Nowotwór szerzy się najpierw w obrębie jelita grubego, a następnie przez naczynia krwionośne i/lub chłonne do okolicznych węzłów chłonnych i narządów odległych (ok. 50% przypadków). Ponadto nowotwór szerzy się śródotrzewnowo oraz wzdłuż włókien nerwowych.

Rokowanie.

Wyleczenia trwałe w stopniu zaawansowania A wg Dukes'a lub I wg podziału TNM wynoszą ok. 80%, w stopniu B lub II przekraczają 50%, w stopniu C lub III są niższe niż 30%. Wyleczenia w stopniu D2 lub IV należą do rzadkości. Przeciętne wyniki 5- letnich przeżyć dla mieszkańców ośrodków akademickich w Polsce wynoszą od 19 do 29% i znacznie odbiegają od wyników osiąganych w ośrodkach specjalistycznych na świecie.

Epidemiologia.

Zachorowalność (Polska 2002r.):

- C18 M-3427; K-3346
- C20 M-2685; K-2032

Umieralność (Polska 2003r.):

- C18 M –2968; K-2858
- C20 M- 1241; K- 989

5. Opis działania leku

Irinotekan jest pochodną kamtotecyny. Jego mechanizm działania polega na hamowaniu topoizomerazy I, w wyniku czego, dochodzi do uszkodzenia struktury podwójnych łańcuchów DNA. Zahamowanie replikacji DNA przyjmuje się za podstawę

cytotoksycznego działania irinotekanu. Poza działaniem przeciwnowotworowym związek wykazuje silne działanie hamujące w stosunku do acetylocholinoesterazy, co istotnie wpływa na profil działań niepożądanych (biegunka). U chorych z rakiem jelita grubego i odbytnicy z przerzutami zastosowanie irinotekanu pozwoliło uzyskać 10-20% odpowiedź częściową.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- wydłużenie czasu przeżycia całkowitego chorych z rakiem jelita grubego lub odbytnicy;
- zmniejszenie śmiertelności chorych z rakiem jelita grubego lub odbytnicy;
- wydłużenie czasu do progresji choroby;
- poprawa jakości życia chorych z rakiem jelita grubego lub odbytnicy.

7. Kryteria włączenia do programu,

- histologicznie udokumentowany rak jelita grubego lub odbytnicy;
- stadium uogólnienia, obecność przerzutów;
- wiek powyżej 18 roku życia;
- stan sprawności wg WHO 0-2;
- klirens kreatyniny powyżej 30 ml/min;
- prawidłowe wartości czynności wątroby-kwalifikacja do leczenia również tych chorych u których odnotowano umiarkowany wzrost aktywności transaminaz (*do 3 krotnego wzrostu aktywności transaminaz w stosunku do wartości prawidłowych*);
- stężenie bilirubiny nie przekracza wartości 3 x górna granica normy;
- prawidłowe wartości wskaźników czynności szpiku;
- wykluczenie ciąży;
- wykluczenie choroby zapalnej lub niedrożności jelit.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- wystąpienie objawów nadwrażliwości na irinotekan;
- toksyczność wg WHO > 3, zwłaszcza wystąpienie objawów zahamowania czynności szpiku, objawów niewydolności krążenia czy ciężkiej biegunki;
- stan sprawności wg WHO 3-4;
- brak skuteczności leku po 12 tygodniach terapii ;
- progresja choroby w trakcie stosowania leku.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Obejmuje oceną odpowiedzi na leczenie (według skali WHO dla zmian mierzalnych) oraz stopnia nasilenia działań niepożądanych (ocena stopnia toksyczności według skali WHO). Badania należy przeprowadzać co 12 tygodni leczenia.

Badanie podmiotowe i przedmiotowe:

- USG jamy brzusznej, tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny; (wybór metody obrazowania uzależniony od oceny sytuacji klinicznej).
- RTG klp;
- stężenie CEA w surowicy krwi;
- badania laboratoryjne w tym: morfologia z rozmazem, poziom kreatyniny, kw. moczowego, poziom aktywności aminotransferaz, fosfatazy alkalicznej, poziom bilirubiny, próba tymolowa;

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informację dotyczącą monitorowania leczenia;
- informację na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia irinotekanem;
- datę rozpoczęcia leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie zakończenia leczenia;
- zastosowane dawkowanie irinotekanu;
- informację o sumarycznej dawce irinotekanu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- ocenę wyników leczenia (wg skali WHO dla zmian mierzalnych);
- stopień nasilenia działań niepożądanych (toksyczność wg skali WHO);
- ocenę osiągniętych punktów końcowych

- uzyskany czas przeżycia (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);
- uzyskany czas do progresji (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);

Powyższe dane należy przekazywać po każdych kolejnych 12 tygodniach terapii oraz na zakończenie leczenia.

a) ***określenie czasu leczenia w programie.***

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział/pododdział onkologii klinicznej z możliwością stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia działań niepożądanych (z uwzględnieniem możliwości przeprowadzenia konsultacji kardiologicznej);

- pracownia tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego – lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem;
- pracownia USG, RTG; EKG;
- kolonoskopia
- zaplecze laboratoryjne z możliwością przeprowadzenia następujących badań:
  - badania biochemiczne krwi;
  - morfologia krwi z rozmazem;
  - stężenia CEA w surowicy.

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
- co najmniej 2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków;
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE RAKA JELITA GRUBEGO KAPECYTABINĄ

2. Dziedzina medycyny:

Onkologia kliniczna

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

1) nazwa produktu leczniczego	**kapecytabina.**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	tabletki a 150mg i tabletki a 500mg.
3) dawkowanie:	1250mg/m^2 powierzchni ciała 2 x dziennie - odpowiada to całkowitej dawce dobowej 2500 mg/m2 p.c.

Kapecytabina podawana jest doustnie w monoterapii w dawce 2500 mg/ m2 p.c./dobę przez 14 dni z następową przerwą 7-dniową

4. Opis problemu zdrowotnego

C18 – nowotwór złośliwy jelita grubego

C19 – nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego

C20 – nowotwór złośliwy odbytnicy

Rak jelita grubego stanowi 9,4% wszystkich nowotworów złośliwych u mężczyzn i 10% u kobiet. Polska należy do grupy krajów o średniej zachorowalności (ok. 11 tyś zachorowań w ciągu roku) i umieralności (8 tyś rocznie) na raka jelita grubego. Wskaźnik śmiertelności w Polsce dla obu płci wynosi 0,83, a odsetek wyleczeń – ok. 20%. W Europie Środkowej ok. 50-70% raków jelita grubego umiejscawia się w jego odcinku końcowym, tj. w odbytnicy (ok. 30-50%) i esicy (ok. 15-20%). Czas do wystąpienia jawnych klinicznie objawów szacuje się od kilku do kilkudziesięciu lat. W ramach postępowania leczniczego stosowane są metody chirurgiczne, radioterapia i chemioterapia. Rak jelita grubego może wystąpić w każdym wieku. Szczyt zachorowalności przypada po 64 r.ż., wzrost ryzyka między 45- 50 r.ż., zachorowania w wieku < 45 r.ż. najczęściej przypadki występowania rodzinnego.

Przebieg choroby.

Rak jelita grubego rozwija się przez wiele lat. Nowotwór szerzy się najpierw w obrębie jelita grubego, a następnie przez naczynia krwionośne i/lub chłonne do okolicznych węzłów chłonnych i

narządów odległych (ok. 50% przypadków). Ponadto nowotwór szerzy się śródotrzewnowo oraz wzdłuż włókien nerwowych.

Rokowanie.

Wyleczenia trwałe w stopniu zaawansowania A wg Dukes'a lub I wg podziału TNM wynoszą ok. 80%, w stopniu B lub II przekraczają 50%, w stopniu C lub III są niższe niż 30%. Wyleczenia w stopniu D2 lub IV należą do rzadkości. Przeciętne wyniki 5- letnich przeżyć dla mieszkańców ośrodków akademickich w Polsce wynoszą od 19 do 29% i znacznie odbiegają od wyników osiąganych w ośrodkach specjalistycznych na świecie.

Epidemiologia.

Zachorowalność (Polska 2002r.):

- C18 M-3427; K-3346
- C19 M- 248; K- 229
- C20 M-2685; K-2032

Umieralność (Polska 2003r.):

- C18 M –2968; K-2858
- C19 M- 77; K- 75
- C20 M- 1241; K- 989

5. Opis działania leku

Kapecytabina jest cytostatykiem (antymetabolitem) pozbawionym cytotoksyczności karbaminianem fluoropirymidyny, który działa jako doustny prekursor cytotoksycznej cząsteczki 5-fluorouracylu (5-Fu). Kapecytabina jest aktywowana w procesie kilku reakcji enzymatycznych. Enzym odpowiedzialny za ostateczną konwersję do 5-Fu, fosforylaza tymidynowa (ThyPase), jest obecna w tkankach guza oraz w prawidłowych tkankach. W prawidłowych tkankach występuje w niższym stężeniu niż w guzie. Metabolizm 5-Fu w szlaku anabolicznym prowadzi do blokady metylacji kwasu deoksyurydylowego w kwas tymidylowy, co powoduje wpływ na syntezę kwasu deoksyrybonukleinowego (DNA). Inkorporacja 5-Fu prowadzi także do zahamowania syntezy RNA i białek. Ze względu na zasadnicze znaczenie DNA i RNA dla podziału i wzrostu komórki, spowodowany przez 5-Fu niedobór tymidyny może prowadzić do zaburzeń wzrostu i śmierci komórki. Skutki zaburzeń syntezy DNA i RNA są największe w komórkach szybko dzielących, które szybko metabolizują 5- Fu.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- wydłużenie czasu przeżycia całkowitego chorych;
- zmniejszenie śmiertelności chorych;

- wydłużenie czasu do progresji choroby;
- poprawa jakości życia chorych.

7. Kryteria włączenia do programu,

- histologicznie udokumentowany rak jelita grubego (okrężnicy, zagięcia esiczo-odbytniczego i odbytnicy);
- stadium uogólnienia, obecność przerzutów;
- stan sprawności wg WHO 0-1;
- klirens kreatyniny powyżej 30 ml/min;
- prawidłowe wartości czynności wątroby – możliwość zakwalifikowania również chorych z umiarkowanym wzrostem aktywności transaminaz tzn. do 3 krotnego wzrostu aktywności transaminaz w stosunku do wartości prawidłowych;
- prawidłowe wartości wskaźników czynności szpiku;
- wykluczenie ciąży;
- brak nadwrażliwości na pochodne fluoropirymidynowe;
- trudności w uzyskiwaniu dostępu do naczyń żylnych

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- wystąpienie objawów nadwrażliwości na kapecytabinę;
- toksyczność wg WHO > 3, zwłaszcza wystąpienie objawów zahamowania czynności szpiku, objawów niewydolności krążenia czy ciężkiej biegunki;
- stan sprawności wg WHO 2 – 4;
- brak skuteczności leku po 3 cyklach leczenia (po 9 tygodniach stosowania leku);
- progresja choroby w trakcie stosowania leku.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Obejmuje oceną odpowiedzi na leczenie (według skali WHO dla zmian mierzalnych) oraz stopnia nasilenia działań niepożądanych (ocena stopnia toksyczności według skali WHO). Badania należy przeprowadzać co 3 cykle leczenia.

Badanie podmiotowe i przedmiotowe;

- USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej (w zależności od oceny sytuacji klinicznej);
- RTG klp;
- stężenie CEA w surowicy krwi;

- badania laboratoryjne w tym: morfologia z rozmazem, poziom kreatyniny, kw. moczowego, poziom aktywności aminotransferaz, fosfatazy alkalicznej, poziom bilirubiny, próba tymolowa.

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informację dotyczącą wyników monitorowania leczenia;
- informację na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia kapecytabiną;
- datę rozpoczęcia leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie zakończenia leczenia;
- dawkowanie kapecytabiny;
- informację o sumarycznej dawce kapecytabiny wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- ocenę wyników leczenia (wg skali WHO dla zmian mierzalnych) ;
- stopień nasilenia działań niepożądanych (toksyczność wg skali WHO);
- ocenę osiągniętych punktów końcowych
    - uzyskany czas przeżycia (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);
    - uzyskany czas do progresji (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);

Powyższe dane należy przekazywać po każdych kolejnych 3 cyklach leczenia (co 9 tygodni) oraz na zakończenie leczenia.

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział/pododdział onkologii klinicznej lub poradnia onkologiczna/chemioterapii z możliwością stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia działań niepożądanych (z uwzględnieniem możliwości przeprowadzenia konsultacji kardiologicznej)

- pracownia tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego – lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem;
- pracownia USG, Rtg; EKG;
- Kolonoskopia
- zaplecze laboratoryjne z możliwością przeprowadzenia następujących badań:
    - badania biochemiczne krwi;
    - morfologia krwi z rozmazem;
    - stężenia CEA w surowicy.

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
- co najmniej 2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków;
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. ***Nazwa programu:***

LECZENIE GLEJAKÓW MÓZGU TEMOZOLOMIDEM

2. Dziedzina medycyny:

Onkologia kliniczna

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**temozolomid**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	kapsułki twarde 5mg,20mg,100mg,250mg
3) dawkowanie:	200mg/m^2 powierzchni ciała

Lek podaje się przez 5 dni, po których następuje 23 dniowa przerwa.

Dawka temozolomidu w cyklu dla pacjenta o powierzchni ciała 1,75m^2 wynosi 1750mg
Osoby, u których wcześniej stosowano chemioterapię początkowa dawka wynosi 150mg/m^2 powierzchni ciała na dobę i może być zwiększona do 200mg/m^2 powierzchni ciała w kolejnym cyklu o ile całkowita liczba granulocytów obojętnochłonnych wynosi $\geq 1{,}5 \times 10^9$/l, a liczba płytek krwi jest $\geq 100 \times 10^9$.

Leczenie temozolomidem prowadzone jest zwykle do 6 cykli, o ile wcześniej nie wystąpi progresja lub do wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności leczenia (najczęściej jest to małopłytkowość).

4. Opis problemu zdrowotnego

C71 – nowotwór złośliwy mózgu

Pierwotne guzy mózgu stanowią ok. 2% wszystkich nowotworów złośliwych w Polsce (w 2002r ok. 2500 nowych zachorowań). Ponad 50% nowotworów ośrodkowego układu nerwowego stanowią nowotwory złośliwe pochodzące z tkanki glejowej. Nieznacznie częściej występują u mężczyzn.

Rozpoznanie glejaka złośliwego powinno być postawione w oparciu o rozpoznanie histopatologiczne na podstawie materiału uzyskanego w wyniku zabiegu operacyjnego lub biopsji stereotaktycznej.

Współczesne standardy leczenia glejaków złośliwych obejmują leczenie operacyjne i radioterapię. Nowotwory te cechuje wysoka tendencja do nawrotów po leczeniu pierwotnym,

stwierdzenie to szczególnie dotyczy glejaka wielopostaciowego, w którym leczenia chirurgiczne z założenia ma na celu uzyskanie rozpoznania i usunięcie głównej masy guza. Uzyskanie radykalności zabiegu ze względu na sposób naciekania tego glejaka jest praktycznie niemożliwe.

Chemioterapia stosowana jest jako leczenie paliatywne w przypadku nawrotów, które nie mogą być ponownie leczone chirurgicznie lub napromieniane. Rokowanie w tej grupie chorych jest złe, a leczenie ma na celu przedłużenie przeżycia oraz poprawę jego komfortu. Wśród dostępnych chemioterapeutyków temozolomid w badaniach III fazy okazał się jednym z najskuteczniejszych zarówno, jeżeli chodzi o czas przeżycia jak i wpływ na jego jakość. Leczenie tego typu zalecane jest jedynie w wybranych przypadkach: korzyść z tego typu leczenia odnoszą chorzy w dobrym stanie ogólnym, z prawidłowymi wartościami hematologicznymi, rokujący przeżycie przynajmniej 3 miesiące.

Rokowanie.

Przeżycie 5-letnie w glejakach anaplastycznych wynosi 20-45%. Szczególnie złe rokowanie dotyczy chorych z glejakiem wielopostaciowym. Przeżycie 5-letnie chorych po radioterapii pooperacyjnej jest kazuistyką, a mediana przeżycia wynosi 7-12 miesięcy.

***Epidemiologia*(dane dla Polski za rok 2002) .**

W populacji polskiej zachorowalność na glejaki szacowana jest obecnie na ok. 1300 przypadków rocznie, w tym na glejaki złośliwe GIII i GIV (glejak wielopostaciowy- glioblastoma multiforme, glejak anaplastyczny- astrocytoma anaplasticum) 500 - 600 przypadków. Złośliwe glejaki mózgu cechuje naciekający charakter wzrostu i szybki przebieg kliniczny.

5. Opis działania leku

Temozolomid należy do cytostatyków z grupy leków alkilujących. Lek ten przenika przez barierę krew-mózg. Jest to doustny prolek, który w zasadowym środowisku glejaków ulega hydrolizie (samoistnie - bez udziału enzymów wątrobowych) do metabolitu pośredniego – (metylotriazen-1-ylo)imidazolo-4-karboksyamid – MTIC. Ten związek jest analogiczny do metabolitu DTIC (dakarbazyny), która jednak nie przenika do mózgu, a jej metabolizm wymaga udziału enzymów wątrobowych. Produkt rozpadu MTIC, stanowi właściwy lek przeciwnowotworowy, który hamuje replikację DNA.

W badaniach u chorych na glejaki złośliwe uzyskano odsetek obiektywnych odpowiedzi na leczenie (całkowita lub częściowa odpowiedź na leczenie) wynoszący 11-47%. W większości badań odsetek obiektywnych remisji glejaków o wysokim stopniu złośliwości wynosi około 20%. Odsetek 6-miesięcznych przeżyć wolnych od progresji choroby we wszystkich badaniach wynosił >20%. Wyniki badania III fazy wykazały wyższą skuteczność temozolomidu

w stosunku do prokarbazyny (w glioblastoma mutliforme).

U chorych leczonych temozolomidem w ramach badań klinicznych z powodu nawrotu gwiaździaka anaplastycznego, odsetek obiektywnych odpowiedzi na leczenie oraz odsetek 6-miesięcznych przeżyć wolnych od progresji choroby wynosił odpowiednio 11-35% i 22-49%.
W Polsce temozolomid został zarejestrowany ze wskazaniem do leczenia chorych z glejakiem złośliwym (glejak wielopostaciowy, gwiaździak anaplastyczny) wykazujących wznowy lub progresję po leczeniu standardowym.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- wydłużenie całkowitego czasu przeżycia ;
- wydłużenie czasu do progresji choroby;
- poprawa jakości życia chorych.

7. Kryteria włączenia do programu,

- rozpoznanie: potwierdzony histologicznie glejak złośliwy GIII i GIV (glioblastoma multiforme lub astrocytoma anaplasticum);
- nawrót po wcześniejszym leczeniu chirurgicznym i/lub radioterapii z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do ponownego zastosowania leczenia chirurgicznego i radioterapii oraz chemioterapii pochodnymi nitrozomocznika.
- stan sprawności wg WHO 0 -2;
- zachowana prawidłowa czynność szpiku;
- prawidłowa czynność nerek i wątroby (wskaźniki biochemiczne);
- wykluczona ciąża.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- wystąpienie objawów nadwrażliwości na temozolomid;
- toksyczność wg WHO >= 3 (zwłaszcza wystąpienie objawów zahamowania czynności szpiku);
- stan sprawności 3 – 4 wg WHO;
- brak skuteczności leku po 2 cyklach stosowania leku;
- progresja choroby w trakcie stosowania leku.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Obejmuje ocenę odpowiedzi na leczenie (według skali WHO dla zmian mierzalnych) oraz stanu ogólnej sprawności, zapotrzebowania na kortykosteroidy (konieczność zwiększenia dawki kortykosteroidów jest jednym ze wskaźników braku skuteczności leczenia) i ocenę stanu neurologicznego.

- badania obrazowe (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) należy przeprowadzać – najpierw przed leczeniem temozolomidem w celu oceny stanu wyjściowego, następne po 2 cyklach leczenia, kolejne po następnych 2 cyklach;
- RTG klp;
- badanie neurologiczne, przed każdym kolejnym cyklem leczenia;
- ocena stopnia zapotrzebowania na kortykosteroidy - należy wykonywać przed ewentualnym podaniem każdego kursu (w razie pogorszenia wyników w/w badań, należy wykonać badanie obrazowe – nie przewidziane wymienionym wyżej rytmem ich wykonania co 2 kursy).

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informację dotyczącą wyników monitorowania leczenia;
- informację na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia temozolomidem;
- datę rozpoczęcie leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie zakończenia leczenia;
- zastosowane dawkowanie temozolomidu;
- informację o sumarycznej dawce temozolomidu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);

- ocenę wyników leczenia (wg skali WHO dla zmian mierzalnych) ;
- stopień nasilenia działań niepożądanych (toksyczność wg skali WHO);
- ocenę osiągniętych punktów końcowych :
  - uzyskany czas przeżycia (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);
  - uzyskany czas do progresji (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);

Powyższe dane należy przekazywać po każdych kolejnych 2 cyklach leczenia (co 8 tygodni) oraz na zakończenie leczenia.

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Oddział/pododdział onkologii klinicznej lub poradnia onkologiczna/chemioterapii z możliwością stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia powikłań i działań niepożądanych (ze szczególnym uwzględnieniem dostępu do konsultacji neurochirurgicznej i neurologicznej);

- zaplecze laboratoryjne z możliwością przeprowadzenia następujących badań:
  - morfologia z rozmazem;
  - badania biochemiczne krwi;
- pracownia tomografii komputerowej lub zapewniony dostęp;
- pracowania rezonansu magnetycznego lub zapewniony dostęp.

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
- co najmniej 2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków;
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym, neurologiem, neurochirurgiem.

1. Nazwa programu:

LECZENIE RAKA JAJNIKA TOPOTEKANEM

2. Dziedzina medycyny:

Onkologia Kliniczna

Ginekologia Onkologiczna

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**topotekan**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	fiolki a 4 mg
3) dawkowanie:	1,5 mg/m^2 powierzchni ciała

Topotekan stosuje w dawce dobowej 1,5 mg/m^2 powierzchni ciała przez 5 kolejnych dni, począwszy od pierwszego dnia 21-dniowego cyklu. Preparat podawany jest w 30-minutowym wlewie dożylnym. Kuracja obejmuje 4 cykle

4. Opis problemu zdrowotnego

C 56 – nowotwór złośliwy jajnika

Patogeneza

Patogeneza raka jajnika nie jest dokładnie znana. Zachorowania przed 30 rokiem życia są bardzo rzadkie. Ryzyko zachorowania w sposób istotny wzrasta powyżej 50 roku życia.

Czynniki ryzyka:

Jedynym ze znanych czynników ryzyka jest nosicielstwo mutacji genu BRCA-1, odpowiedzialnych za 5-10% wszystkich przypadków raka jajnika.
W rozwoju raka jajnika mogą mieć udział zaburzenia czynności hormonalnej jajnika. Każde dodatkowe ciąże zmniejszają ryzyko zachorowania o 10%. Stymulacja jajnika sprzyja rozwojowi raka, czynniki hamujące owulację mają działanie protekcyjne - ryzyko rozwoju raka jajnika zmniejsza się np. po zastosowaniu doustnej antykoncepcji

Przebieg choroby.

Pierwsze objawy raka jajnika są niecharakterystyczne. Są to wzdęcia, brak apetytu, zaparcia, odbijanie, czkawka, uczucie pełności w jamie brzusznej, spadek wagi ciała. Występują bóle brzucha, bóle w okolicy lędzwiowo-krzyżowej, powiększenie obwodu brzucha. Objawami rozsiewu choroby może być duszność spowodowana rozsiewem do płuc lub obecnością płynu w jamie opłucnej lub powiększenie obwodowych węzłów chłonnych.

Rokowanie.

Najlepiej rokują chore w stopniu IA i IB, u których przy niskim stopniu złośliwości (G1 i G2) można oczekiwać 90 - 98% przeżyć 5-letnich. W pozostałych wczesnych stopniach zaawansowania (I i II) odsetek ten wynosi 80%. W III stopniu zaawansowania przy małej chorobie resztkowej po leczeniu chirurgicznym (pozostawione ogniska nowotworu <1 cm) 5 lat przeżywa 30-50% chorych, w przypadku przetrwałej masywnej choroby oraz w stopniu IV przeżycie 5 letnie nie przekraczają 10%.

***Epidemiologia* (dane dla Polski za rok 2002) .**

Standaryzowany współczynnik zachorowalności na raka jajnika wynosi w Polsce 11,3/100 000. W roku 2002 zarejestrowano 3267 nowych przypadków. W tym samym roku zmarło z powodu nowotworów złośliwych jajnika 2171 chorych (standaryzowany współczynnik umieralności 6,9/100.000).

5. Opis działania leku

Topotekan jest półsyntetyczną pochodną kamptotecyny. Jego mechanizm działania polega na hamowaniu topoizomerazy I, w wyniku czego dochodzi do uszkodzenia struktury podwójnych łańcuchów DNA. Zahamowanie replikacji DNA przyjmuje się za podstawę cytotoksycznego działania topotekanu. Odsetek odpowiedzi waha się w granicach 16,3 – 32,6% u chorych z nawrotem po leczeniu cisplatyną, a średni czas do wystąpienia progresji wynosi 47-61 tygodni. Lek jest skuteczny u chorych z nowotworem opornym na leczenie cisplatyną.

W Polsce topotekan został zarejestrowany ze wskazaniem do leczenia z raka jajnika z przerzutami u chorych, u których chemioterapia I rzutu okazała się nieskuteczna.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- wydłużenie całkowitego czasu przeżycia kobiet z rakiem jajnika;
- zmniejszenie śmiertelności kobiet rakiem jajnika;
- uzyskanie remisji choroby,

- wydłużenie czasu do progresji choroby;
- poprawa jakości życia chorych.

7. Kryteria włączenia do programu,

- potwierdzone histologicznie rozpoznanie raka jajnika;
- brak skuteczności zastosowanej uprzednio chemioterapii I rzutu (nawrót choroby w okresie krótszym niż 6 miesięcy po wcześniejszym leczeniu pierwszej linii z udziałem pochodnych platyny lub progresja choroby w czasie leczenia pierwszej linii) lub progresja po chemioterapii II rzutu z udziałem pochodnych platyny zastosowanej u chorych z grupy platynowrażliwych (nawrót choroby po leczeniu I linii w okresie dłuższym niż 6 miesięcy);
- wiek: powyżej 18 r.ż.;
- stan sprawności ogólnej 0-2 wg skali WHO;
- liczba granulocytów obojętnochłonnych krwi > $1{,}5x10^9$ /l;
- liczba trombocytów krwi > $100x10^9$ /l;
- prawidłowe wskaźniki czynności nerek;
- stężenie bilirubiny ≤ górnej granicy normy;
- prawidłowe wskaźniki czynności wątroby;
- wykluczona ciąża.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- nadwrażliwość na topotekan;
- wystąpienie objawów toksycznych >2 stopnia wg skali WHO;
- stan sprawności wg WHO 3-4;
- progresja choroby w trakcie leczenia.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Obejmuje oceną odpowiedzi na leczenie (według skali WHO dla zmian mierzalnych) oraz stopnia nasilenia działań niepożądanych (ocena stopnia toksyczności według skali WHO). Badania należy przeprowadzać co 4 cykle leczenia:

Badanie podmiotowe i przedmiotowe;

- USG jamy brzusznej lub USG per vaginam lub tomografia komputerowa jamy brzusznej (w zależności od oceny sytuacji klinicznej);
- EKG;

- RTG klp;
- badanie markerów nowotworowych CA-125;

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjentki zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informację dotyczącą wyników monitorowania leczenia programem;
- informację na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia topotekanem;
- datę rozpoczęcie leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie zakończenia leczenia;
- zastosowane dawkowanie topotekanu;
- informację o sumarycznej dawce topotekanu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- ocenę wyników leczenia (wg skali WHO dla zmian mierzalnych);
- stopień nasilenia działań niepożądanych (toksyczność wg skali WHO);
- ocena osiągniętych punktów końcowych :
  - uzyskany czas przeżycia (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);
  - uzyskany czas do progresji (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);

Powyższe dane należy przekazywać po każdych kolejnych 4 cyklach leczenia (co 12 tygodni) oraz na zakończenie leczenia.

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Program realizować mogą oddziały onkologiczne z możliwością prowadzenia pełnej diagnostyki oraz skojarzonego leczenia z udziałem leczenia chirurgicznego, radioterapii i chemioterapii

- oddziały ginekologiczne z możliwością prowadzenia pełnej diagnostyki oraz skojarzonego leczenia i zapewnioną stałą współpracą z oddziałami onkologicznymi.

Warunki lokalowe oraz wyposażenie

- wyposażenie umożliwiające stosowanie chemioterapii, prowadzenie stałego monitorowania skuteczności stosowanego leczenia oraz rozpoznawania i leczenia działań niepożądanych (z uwzględnieniem możliwości przeprowadzenia konsultacji kardiologicznej)

- pracownia tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego z możliwością przeprowadzenia i interpretacji badania jamy brzusznej oraz miednicy – lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem;
- pracownia USG (usg j. brzusznej i transvaginalne);
- pracownia RTG;
- EKG;
- zaplecze laboratoryjne z możliwością przeprowadzenia następujących badań:
    - badania biochemiczne krwi;
    - -morfologia krwi z rozmazem;
    - -oznaczenie markerów nowotworowych (CA-125).

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej lub ginekologii onkologicznej
- co najmniej 2 pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków.
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ IMATINIBEM

2. Dziedzina medycyny:

Hematologia

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej imatinib

2) postać farmaceutyczna:

- **dawka:** kapsułki 50mg, 100mg,
- **tabletki:** 100mg, 400 mg

3) dawkowanie: 400mg/dobę

zalecaną dawkę należy przyjmować raz dziennie, doustnie

- faza przewlekła – 400 mg/dobę;

- faza akceleracji – 600 mg/dobę, zwiększenie dawki do 800 mg/dobę (podawanych w dwóch dawkach po 400 mg) może nastąpić w następujących przypadkach: postęp choroby, brak zadowalającej odpowiedzi hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenie, utrata osiągniętej wcześniej odpowiedzi hematologicznej.

4. ***Opis problemu zdrowotnego***

C 92.1 przewlekła białaczka szpikowa

Przebieg choroby.

Istotą przewlekłej białaczki szpikowej (PBS) jest klonalny rozrost powstający na poziomie wielopotencjalnej komórki krwiotwórczej. Zwiększona produkcja komórek potomnych dotyczy przede wszystkim linii mieloidalnej, jednak podwyższonej liczbie

neutrofilów często towarzyszy nadpłytkowość, a niekiedy także nadkrwistość. PBS stanowi według różnych źródeł 15-20% wszystkich białaczek. Średnia wieku chorych waha się między 45 a 55 lat.

W naturalnym przebiegu choroby obserwuje się: fazę przewlekłą, fazę przyspieszoną (akceleracji) oraz fazę kryzy blastycznej. Średni czas przeżycia bez leczenia w fazie przewlekłej wynosi około 3 lat, a w przypadku wystąpienia fazy przyspieszonej (akceleracji) choroby czy fazy blastycznej – nie przekracza zazwyczaj 12 miesięcy. W ok. 85% przypadków choroba rozpoznawana jest w fazie przewlekłej. Charakterystyczną cechą stwierdzaną w ponad 95% przypadków PBS jest obecność chromosomu Filadelfia (Ph), który powstaje w wyniku wzajemnej translokacji długich ramion chromosomów 9 i 22 (9q+;22q-). Efektem tej translokacji jest przeniesienie onkogenu Abelsona (ABL) z chromosomu 9 na chromosom 22 w ściśle określone miejsce złamań (breakpoint cluster region – BCR) tworząc nowy, patologiczny gen *BCR-ABL*. Gen *BCR-ABL* koduje białko, które wykazuje nieprawidłową, zwiększoną aktywność kinazy tyrozynowej. Przyjmuje się, że nieprawidłowa ekspresja kinazy tyrozynowej ABL jest podstawowym czynnikiem transformacji nowotworowej w PBS i właśnie kinaza ABL jest odpowiedzialna za niekontrolowaną proliferację oraz hamowanie procesu apoptozy zmutowanych komórek krwiotwórczych (zwłaszcza linii granulocytarnej). Faza kryzy blastycznej odpowiada ostrej białaczce i jest leczona, jak ostra białaczka, co nie jest przedmiotem tego programu. Jedyną metodą umożliwiającą wyleczenie PBS jest przeszczepienie allogenicznego szpiku, które stosuje się obecnie w tej chorobie jako leczenie pierwszorzutowe w fazie przewlekłej u osób posiadających rodzinnego dawcę szpiku do 45 roku życia, a u osób, dla których udaje się znaleźć niespokrewnionego dawcę szpiku do 35 roku życia. To wyleczenie uzyskuje się u 50-70% chorych. W innych fazach choroby leczenie to (w zależności od stanu chorego) bywa stosowane do 60 roku życia z wykorzystaniem dawców rodzinnych i do 50 roku życia z wykorzystaniem dawców niespokrewnionych. Jednakże, wyniki lecznicze oraz liczba powikłań po przeszczepieniu szpiku wykonanym w późniejszym okresie choroby są znacznie gorsze niż w ciągu roku od jej rozpoznania. Wyleczenie uzyskuje się u 10-30% chorych.

Dla chorych w fazie przewlekłej, którzy albo są starsi niż wspomniano, albo nie mają żadnego dawcy szpiku albo wreszcie mają przeciwwskazania do wykonania zabiegu

dostępne są obecnie trzy metody farmakologiczne, z których pierwsza (hydroksykarbamid) umożliwia średnie przeżycie 3 lat (a więc nie wydłuża przeżycia, ale poprawia jego komfort), druga (interferon) umożliwia średnie przeżycie 5 lat, a trzecia (imatinib) umożliwia średnie przeżycie, co najmniej 10 lat, jeśli jest zastosowana jako leczenie pierwszorzutowe.

Rokowanie.

Średni czas przeżycia wynosi 3 lata i może wahać się od poniżej roku do powyżej 10 lat. Czas przeżycia w przypadku wystąpienia akceleracji/kryzy blastycznej nie przekracza zazwyczaj 12 miesięcy. Lepsze rokowanie dotyczy chorych, u których rozwinęła się kryza limfoblastyczna. Najszerzej akceptowanym wskaźnikiem prognostycznym jest tzw. wskaźnik prognostyczny Hasforda.

Epidemiologia

PBS stanowi ok. 15% wszystkich białaczek. Częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem od ok. $1/10^{6}$ u dzieci do 10 roku życia do ok. $1/10^{3}$ w wieku 40 i do $1/10^{4}$ u ludzi w wieku 80 lat. Średnia wieku pacjentów waha się między 45 a 55 lat. PBS może wystąpić również u dzieci (stanowi 2-3% białaczek dziecięcych). Od 12% do 30% chorych stanowią osoby powyżej 60 r.ż, co niesie ze sobą określone implikacje terapeutyczne.

5. Opis działania leku

Imatinib kompetycyjnie blokuje miejsce wiązania ATP kinaz tyrozynowych (głównie związanych z BCR-ABL, lecz także c-KIT i PDGF), co w konsekwencji prowadzi do zahamowania fosforylacji białek biorących udział w przekazywaniu sygnałów komórkowych. Imatinib powoduje zahamowanie proliferacji oraz apoptozę komórek hematopoetycznych, które wykazują ekspresję BCR-ABL. Nie wpływa na prawidłowe krwiotworzenie. Wyniki badań klinicznych dowodzą, że preparat powoduje remisję hematologiczną, a w niektórych przypadkach także cytogenetyczną u chorych w fazie przewlekłej PBS, opornych na interferon alfa oraz u chorych w fazie akceleracji i w fazie kryzy blastycznej.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

• umożliwienie uzyskania i utrzymania, co najmniej mniejszej odpowiedzi cytogenetycznej u chorych ze świeżo rozpoznaną przewlekłą białaczką szpikową w fazie przewlekłej, którzy nie mają wskazań lub możliwości (brak dawcy) do wykonania przeszczepienia allogenicznego szpiku lub, u których oczekiwanie na taki zabieg się wydłuża;

• utrzymanie, co najmniej remisji cytogenetycznej większej u chorych z przewlekłą fazą PBS dotychczas leczonych imatinibem (kontynuacja dotychczasowego leczenia);

• umożliwienie uzyskania i utrzymania, co najmniej mniejszej odpowiedzi cytogenetycznej u chorych z przewlekłą białaczką szpikową w fazie przewlekłej, wcześniej leczonych hydroksykarbamidem lub interferonem alfa bez uzyskania remisji cytogenetycznej lub w razie utraty tej remisji;

• umożliwienie uzyskania i utrzymania, co najmniej remisji hematologicznej u chorych z przewlekłą białaczką szpikową w fazie przyspieszonej, o ile nie rozwinęła się ona w trakcie wcześniejszego leczenia imatinibem;

• do programu nie włączono kryzy blastycznej, gdzie powodzenie bywa jedynie krótkotrwałe, a nadto z reguły dynamika choroby jest zbyt duża, aby chory mógł doczekać efektu działania imatinibu.

7. Kryteria włączenia do programu,

Do leczenia imatinibem w ramach obecnego programu kwalifikują się chorzy spełniający następujące kryteria:

- rozpoznanie: przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+):

- w fazie przewlekłej – chorzy dotychczas leczeni imatinibem, u których uzyskano, co najmniej mniejszą odpowiedź cytogenetyczną (kontynuacja dotychczasowego leczenia imatinibem – pierwszej kolejności finansowania)

- w fazie przewlekłej – świeżo rozpoznana w trakcie przedłużającego się poszukiwania dawcy szpiku (w drugiej kolejności finansowania);

- w fazie przewlekłej – świeżo rozpoznana – pozostali chorzy (w trzeciej kolejności finansowania);

- w fazie przewlekłej – chorzy wcześniej leczeni hydroksykarbamidem lub interferonem bez uzyskania remisji cytogenetycznej (w czwartej kolejności finansowania) lub nietolerujący leczenia (udokumentowany III i IV stopień toksyczności wg WHO);

- w fazie przyspieszonej bez dodatkowych aberracji chromosomalnych, wcześniej leczeni bez wykorzystania imatinibu;

- wiek: powyżej 18 roku życia;
- stan ogólny wg WHO 0-2.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- pojawienie się objawów nadwrażliwości na imatinib;
- toksyczność wg WHO > 2, zwłaszcza wystąpienie poważnych pozahematologicznych (3-krotny wzrost stężenia bilirubiny, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych) lub hematologicznych (ciężka neutropenia lub małopłytkowość) działań niepożądanych;
- stan sprawności wg WHO 3-4;
- brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku (brak remisji hematologicznej, brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako osiągnięcie więcej niż 35 % komórek Ph-);
- znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego chorego;
- progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u chorych z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym.
- toksyczność hematologiczna lub pozahematologiczna w stopniu 3 lub 4 - która przejawia się pomimo przerw w leczeniu

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Badanie podmiotowe i przedmiotowe:

- morfologia krwi z rozmazem: pierwsze badanie po 4 tygodniach leczenia, kolejne co najmniej co miesiąc do czasu uzyskania remisji hematologicznej, a następnie co najmniej co 3 miesiące;
- badanie cytogenetyczne szpiku (analiza minimum 25 metafaz); co 6 miesięcy, a w razie braku remisji hematologicznej również po pierwszych 3 miesiącach leczenia;
- badanie molekularne (RT-PCR) po roku leczenia;

- opcjonalnie badanie ilościowe PCR (jeśli jest dostępne) z interpretacją zgodnie z zasadami dla tego badania
- badanie USG jamy brzusznej (ze szczególnym uwzględnieniem wielkości śledziony);
- RTG

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

• kopię karty rejestracyjnej;

• kopie kart sprawozdawczych;

• informację na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie, co 6 miesięcy prowadzonego leczenia, do oddziału wojewódzkiego Funduszu kopii Karty Sprawozdawczej;

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie

Oddział/pododdział hematologiczny z poradnią hematologiczną, z możliwością stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia powikłań i działań niepożądanych;

- pracownia USG.
- laboratorium z możliwością przeprowadzenia następujących badań:

  • morfologia krwi z rozmazem;

  • podstawowe badania biochemiczne (zwłaszcza aktywność transaminaz, stężenie bilirubiny, aktywność fosfatazy zasadowej);

• badanie cytogenetyczne szpiku (analiza minimum 25 metafaz pod kątem znalezienia komórek zawierających chromosom Filadelfia) i/lub badanie FISH;

• badanie molekularne RT-PCR na obecność genu BCR-ABL;

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu hematologii;
- co najmniej 2 pielęgniarki ze stażem pracy w ośrodkach o specyfice hematologicznej.
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

KARTA REJESTRACYJNA DO LECZENIA IMATINIBEM CHOREGO NA PBS

Ośrodek			
Osoba zgłaszająca (telefon)			
DANE PODSTAWOWE			
Imię i nazwisko		PESEL:	
Miejsce zamieszkania	Województwo		
	Adres i telefon		
ROZPOZNANIE			
Objawy kliniczne:			
Data rozp.	(dd-mm-rr)		
Faza choroby	**Przewlekła**	**Akceleracja**	Kryza blastyczna
Wielkość śledziony (cm poniżej łuku)			
Wielkość wątroby (cm poniżej łuku)			
BADANIA LABORATORYJNE			
Morfologia			
WBC	G/l		
Hemoglobina	G/dl		
Płytki	G/L		
Rozmaz krwi obwodowej			

Blasty	%	
Bazofile	%	
Eozynofile	%	
Obecność kom Ph+ lub BCR/ABL		
Badanie cytogenetyczne szpiku (data)	TAK (%komórek Ph dadatnich .....)	NIE
Badanie krwi obwodowej techniką FISH (data)	% komórek BCR/ABL	
Badanie molekularne (data)	Tak	Nie
WCZEŚNIEJSZE LECZENIE		
	Rozpoczęcie	Zakończenie
Hydrokykarbamid (dawka)		
Interferon alfa (dawka)		
Imatinib (dawka)		
BMT (rodzaj)		
Inne (jakie)		
Wskaźnik Hasforda		
Wskaźnik Grathwola		
Stan poszukiwań dawcy szpiku:		

KARTA SPRAWOZDAWCZA LECZENIA IMATINIBEM CHORYCH NA PBS

Ośrodek				
Osoba zgłaszająca (telefon)				
DANE PODSTAWOWE				
Imie i nazwisko		PESEL:		
Miejsce zamieszkania	Województwo			
	Adres i telefon			
PO 6/12/18/24/30/36/42/48/54/60 MIESIĄCACH/ZAKOŃCZENIU LECZENIA (niewłaściwe skreślić)				
Faza choroby	**Przewlekła**	**Akceleracja**	Kryza blastyczna	
Wielkość śledziony (cm poniżej łuku)				
Wielkość wątroby (cm poniżej łuku)				
BADANIA LABORATORYJNE				
Morfologia (w odstępach 2-miesięcznych w ciągu 6 miesięcy)				
		Po 2 mies.	Po 4 mies.	Po 6 mies.
WBC	G/l			
Hemoglobina	G/dl			
Płytki	G/L			
Rozmaz krwi obwodowej				
		Po 2 mies.	Po 4 mies.	Po 6 mies.
Blasty	%			
Bazofile	%			
Eozynofile	%			
Obecność kom Ph+ lub BCR/ABL (na zakończenie okresu)				
Badanie cytogenetyczne szpiku (data)	TAK (% komórek Ph dodatnich .....)	NIE		
Badanie krwi obwodowej techniką FISH (data)	% komórek BCR/ABL dodatnich			
Badanie molekularne (rodzaj, data)	Tak	Nie		
Odpowiedz cytogenetyczna	Całkowita	Większa	Mniejsza	Brak
Zmiana dawkowania imatinibu : NIE				
Zmiana dawkowania imatinibu : TAK *jeśli tak to zaznacz niżej powód zmiany dawkowania*				
TOKSYCZNOŚC HEMATOLOGICZNA				

TOKSYCZNOSC NIEHEMATOLOGICZNA	
OPORNOŚĆ	
Przeszczepienie szpiku (data, ośrodek)	
Odstawienie imatinibu (data, przyczyna)	
Zgon (data, przyczyna)	

1. Nazwa programu:

LECZENIE NOWOTWORÓW PODŚCIELISKA PRZEWODU POKARMOWEGO (GIST) IMATINIBEM

2. Dziedzina medycyny:

Onkologia kliniczna

- ***3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:***

1) nazwa substancji czynnej	**imatinib**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	**kapsułki:** 50mg, 100mg, **tabletki**: 100mg, 400 mg
3) dawkowanie:	400mg/dobę

4. Opis problemu zdrowotnego

ICD 10 (grupa rozpoznań obejmująca nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego)

Przebieg choroby.

Nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego – gastrointestinal stromal tumors (GIST) są nowotworami wywodzącymi się z tkanki mezenchymalnej. Komórki tych guzów wykazują na swojej powierzchni ekspresję receptorów Kit, które są produktem białkowym protoonkogenu c-Kit i posiadają aktywność kinazy tyrozynowej. W wyniku mutacji genu c-Kit dochodzi do nadmiernej ekspresji receptora Kit (markerem, którego jest CD117), a co za tym idzie nasilonej aktywacji kinazy tyrozynowej będącej przyczyną niekontrolowanej proliferacji komórek i oporności na apoptozę. Przyjmuje się, że właśnie aktywacja Kit ma istotne znaczenie w patogenezie, bowiem w większości złośliwych przypadków guzów podścieliska (95%) obserwuje się ekspresję białka zmutowanego genu c-Kit.

Rokowanie.

Jedynym skutecznym leczeniem jest zabieg operacyjny. Do 5% przypadków krótkotrwale odpowiada na chemioterapię. GIST nieoperacyjne lub z przerzutami są zwykle oporne na konwencjonalną chemioterapię cytotoksyczną (dla doksorubicyny poniżej 5%).

Czas przeżycia dla chorych z guzami z przerzutami wynosi 20 miesięcy, a dla chorych z miejscową wznową waha się od 9 do 12 miesięcy.

Epidemiologia

Z danych szacunkowych wiadomo, że guzy GIST występują z częstością 10-20 zachorowań/10^6/rok i stanowią około 0,2% wszystkich guzów przewodu pokarmowego. Występują pierwotnie (60-90%) w żołądku i jelicie cienkim z przerzutami do wątroby i otrzewnej. W ok. 10-30% są złośliwe. Najczęściej dotyczą chorych w 6-8 dekadzie życia. W Polsce w ciągu roku rejestruje się 400-700 nowych przypadków GIST, z tego 120-200 ma charakter złośliwy.

5. Opis działania leku

Imatinib uważany jest za przedstawiciela nowej grupy leków przeciwnowotworowych, korygujących zaburzenia na poziomie molekularnym, którym to zaburzeniom przypisuje się istotny udział w patogenezie nowotworu. Imatinib kompetycyjnie blokuje miejsce wiązania ATP kinaz tyrozynowych (głównie związanych z BCR-ABL, ale także z c-KIT i PDGF – platelet-derived growth factor), co w konsekwencji prowadzi do zahamowania fosforylacji białek biorących udział w przekazywaniu sygnałów komórkowych. Przyjmuje się, że imatinib może także blokować aktywność konstytutywnego receptora Kit, czyli aktywność kinazy tyrozynowej, w komórkach guzów podścieliska przewodu pokarmowego. W badaniach eksperymentalnych wykazano, że imatinib hamuje proliferację i prowadzi do apoptozy komórek wykazujących ekspresję Kit. W Polsce imatinib został zarejestrowany ze wskazaniem do leczenie chorych dorosłych ze złośliwymi, Kit (CD117) pozytywnymi guzami podścieliska przewodu pokarmowego nieoperacyjnymi lub z przerzutami.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- wydłużenie czasu do progresji choroby;
- poprawa jakości życia chorych dorosłych ze złośliwymi guzami podścieliska przewodu pokarmowego.

7. Kryteria włączenia do programu,

Do leczenia imatinibem kwalifikują się chorzy spełniający następujące kryteria:

- rozpoznanie: histologicznie potwierdzony guz przewodu pokarmowego (GIST):
- udokumentowana badaniem immunohistochemicznym ekspresja antygenu CD117;
- potwierdzone w badaniu tomografii komputerowej jamy brzusznej, nieoperacyjne nawroty guzów po leczeniu chirurgicznym w postaci mnogich przerzutów do wątroby lub rozsiew śródotrzewnowy;
- wiek: powyżej 18 roku życia;
- stan ogólny wg skali WHO 0-1;
- prawidłowe wyniki badań czynności wątroby i nerek.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

• wystąpienie objawów nadwrażliwości na imatinib;

• toksyczność wg skali WHO ≥ 3 (zwłaszcza 3-krotny wzrost stężenia bilirubiny, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych, ciężka niedokrwistość, neutropenia lub małopłytkowość);

• stan sprawności 2- 4 wg WHO;

• brak skuteczności po 3 miesiącach stosowania leku;

• progresja choroby w trakcie stosowania leku.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Obejmuje ocenę odpowiedzi na leczenie oraz nasilenia działań niepożądanych leku (ocena toksyczności wg skali WHO). Badanie należy przeprowadzać w trakcie każdej wizyty chorego - nie rzadziej niż raz na 4 tygodnie.

Badanie podmiotowe i przedmiotowe.

• badanie ogólne;

• podstawowe badania biochemiczne (z uwzględnieniem aktywności transaminaz wątrobowych, stężenia bilirubiny, aktywności fosfatazy zasadowej);

• morfologię krwi z rozmazem;

• tomografia komputerowa.

Badanie przedmiotowe należy przeprowadzać w trakcie każdej wizyty chorego i rzadziej niż raz na 4 tygodnie, natomiast badanie tomografią komputerową należy wykonywać co 2 miesiące w ciągi pierwszych 6 miesięcy leczenia i następnie co 3 miesiące

10. Monitorowanie wyników programu

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

• informację dotyczącą wyników monitorowania leczenia;

• informację na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

• PESEL chorego;
• rozpoznanie choroby podstawowej;
• wskazania do leczenia imatinibem;
• datę rozpoczęcia leczenia;
• datę zakończenia leczenia;
• informację o przyczynie zakończenia leczenia;
• zastosowane dawkowanie imatinibu;
• informację o sumarycznej dawce imatinibu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
• ocenę wyników leczenia (wg skali WHO dla zmian mierzalnych);
• stopień nasilenia działań niepożądanych (toksyczność wg skali WHO);
• ocenę osiągniętych punktów końcowych;
• uzyskany czas przeżycia (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);
• uzyskany czas do progresji (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);
• ocenę poprawy jakości życia chorego

Co 6 miesięcy prowadzonego leczenia Świadczeniodawca jest zobowiązany do przekazania powyższych danych do oddziału wojewódzkiego Funduszu.

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział/pododdział onkologii klinicznej lub poradnia onkologiczna/chemioterapii z możliwością stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia działań niepożądanych (z uwzględnieniem możliwości przeprowadzenia konsultacji kardiologicznej)

- pracownia tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego – lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem;
- pracownia USG, Rtg; EKG;
- laboratorium z możliwością przeprowadzenia następujących badań:
  - badania biochemiczne krwi;
  - morfologia krwi z rozmazem;
  - badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD117;

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
- co najmniej 2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków;
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE CHŁONIAKÓW ZŁOŚLIWYCH RYTUKSYMABEM

2. Dziedzina medycyny:

Hematologia

Onkologia kliniczna

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**rytuksymab**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	koncentrat do sporządzenia roztworu do infuzji fiolki 100mg, 500mg
3) dawkowanie:	375 mg/m^2 powierzchni ciała

- Rytuksymab podawany jest w dawce 375 mg/m^2 pow. ciała, podawanej w postaci wlewu dożylnego raz w tygodniu, przez 4 tygodnie przy rozpoznaniu chłoniaka złośliwego typu grudkowego w III lub IV stopniu zaawansowania;
- Rytuksymab podawany jest w dawce 375 mg/m^2 pow. ciała, podawanej w postaci wlewu dożylnego w skojarzeniu ze schematem CVP co 21 dni – 8 podań, przy rozpoznaniu chłoniaka złośliwego typu grudkowego w III lub IV stopniu zaawansowania;
- Rytuksymab podawany jest w dawce 375 mg/m^2 pow. ciała, podawanej w postaci wlewu dożylnego w skojarzeniu ze schematem CHOP co 21 dni – 8 podań, przy rozpoznaniu chłoniaka nieziarniczego rozlanego z dużych komórek B.

4. Opis problemu zdrowotnego

C82 chłoniak grudkowy
C83 chłoniaki nieziarnicze rozlane

Przebieg choroby

Chłoniaki złośliwe są nowotworami układu chłonnego, które stanowią grupę jednostek chorobowych różniących się istotnie obrazem klinicznym, dynamiką przebiegu, powikłaniami, odpowiedzią na leczenie i rokowaniem. Zachorowalność w Polsce szacuje się na 5500-7500 nowych

przypadków rocznie. Ryzyko zachorowania wzrasta z wiekiem. Najczęściej występującą postacią chłoniaka u dorosłych w Europie jest chłoniak z dużych komórek B.

W leczeniu chłoniaków przede wszystkim stosuje się chemioterapię. Jedynie w ściśle uzasadnionych nielicznych przypadkach znajduje zastosowanie leczenie operacyjne lub radioterapia.

Rokowanie

Rokowanie zależne jest od rodzaju chłoniaka, stopnia zaawansowania w chwili rozpoznania, rodzaju zastosowanego leczenia, rodzaju tego leczenia oraz wieku chorego i ewentualnej obecności schorzeń towarzyszących.

Epidemiologia

Zachorowalność w Polsce ok.16/100 000 częściej zapadają mężczyźni niż kobiety (1,5-1,7:1), ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem – 6 i 7 dekadzie życia jest około 5-10 razy większe niż w 4 i 5 dekadzie.

5. Opis działania leku

Rytuksymab jest przeciwciałem monoklonalnym, które wiąże się wybiórczo z antygenem CD 20 występującym na limfocytach B (z wyjątkiem form prekursorowych i dojrzałych komórek plazmatycznych). Antygen ten jest charakterystyczny dla ponad 95% wszystkich chłoniaków nieziarniczych z komórek B. Opłaszczone komórki chłoniakowe i zdrowe limfocyty B są następnie zabijane przez układ odpornościowy chorego (mechanizmy cytotoksyczności przeciwciał zależne od dopełniacza i od komórek).

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- wydłużenie przeżycia całkowitego
- wydłużenie czasu trwania remisji lub uzyskanie ponownej remisji ;
- poprawa jakości życia chorych z nieziarniczym chłoniakiem typu grudkowego w III i IV stopniu zaawansowania i chorych z chłoniakami nieziarniczymi rozlanymi z dużych komórek B, z dodatnim antygenem CD20.

7. Kryteria włączenia do programu,

- rozpoznanie: potwierdzony histologicznie chłoniak złośliwy typu grudkowego w III lub IV stopniu zaawansowania, w przypadku chemiooporności lub drugiej i kolejnej wznowy
- potwierdzony histologicznie chłoniak nieziarniczy rozlany z dużych komórek B;
- udokumentowana w badaniu obecność antygenu CD20 na powierzchni komórek chłoniaka;
- wiek: powyżej 18 roku życia;

- stan ogólny wg WHO 0 2;
- wyrównana (jeśli występuje) niewydolność krążenia czy niewydolność wieńcowa, dobrze kontrolowane (jeśli występuje) nadciśnienie tętnicze;
- wykluczona ciąża.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- wystąpienie objawów nadwrażliwości na rytuksymab;
- toksyczność wg WHO >3
- stan sprawności 3 – 4 wg WHO;
- brak skuteczności leku po 2 cyklach stosowania;
- progresja lub nawrót choroby w ciągu 6 miesięcy przy leczeniu rytuksymabem.

9. Monitorowanie wyników leczenia

Obejmuje ocenę odpowiedzi na leczenie (kryterium odpowiedzi wg Cheson et al. J Clin Oncol 1999, 17: 1244) oraz stopnia nasilenia działań niepożądanych (ocena stopnia toksyczności według skali WHO). Badania należy przeprowadzać przez rozpoczęciem kolejnego cyklu lub w przypadku progresji choroby.

Badanie podmiotowe i przedmiotowe:

- badanie oceniające stan układu krążenia;
- TK lub rezonans magnetyczny;
- badania laboratoryjne w tym: morfologia z rozmazem, poziom kreatyniny, kw. moczowego, poziom aktywności aminotransferaz, fosfatazy alkalicznej, poziom bilirubiny.

Kryteria skuteczności leczenia

Osiągnięcie co najmniej stanu określonego jako stabilizacja (SD) wskazuje na skuteczność zastosowanego leczenia.

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informację dotyczącą wyników monitorowania leczenia;
- informację na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia rituximabem;
- datę rozpoczęcia leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie zakończenia leczenia, jeśli nastąpiło wcześniej niż planowano;
- zastosowane dawkowanie rytuksymabu oraz równolegle stosowanej chemioterapii;
- informację o sumarycznej dawce rytuksymabu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- uzasadnienie zastosowania innego schematu chemioterapii niż CVP w chłoniaku grudkowym lub CHOP w chłoniaku rozlanym;
- ocenę wyników leczenia ((kryterium odpowiedzi wg Cheson et al. J Clin Oncol 1999, 17: 1244);
- stopień nasilenia działań niepożądanych (toksyczność wg skali WHO);
- ocenę osiągniętych punktów końcowych
  - uzyskany czas przeżycia (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);
  - uzyskany czas do progresji (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);

Powyższe dane należy przekazywać po każdych kolejnych 12 tygodniach leczenia oraz na zakończenie leczenia.

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia oraz

- przy rozpoznaniu chłoniaka złośliwego typu grudkowego w III lub IV stopniu zaawansowania – 4 podania w monoterapii;
- przy rozpoznaniu chłoniaka złośliwego typu grudkowego w III lub IV stopniu zaawansowania - 8 podań w skojarzeniu ze schematem CVP co 21 dni;
- przy rozpoznaniu chłoniaka nieziarniczego rozlanego z dużych komórek B - 8 podań w skojarzeniu ze schematem CHOP co 21 dni

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział/pododdział hematologiczny lub onkologiczny z poradnią hematologiczną lub onkologiczną, z możliwością stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia powikłań i działań niepożądanych (ze szczególnym uwzględnieniem dostępu do konsultacji kardiologicznej);

- pracownia tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego – lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem
- pracownia USG, Rtg; EKG;
- zaplecze laboratoryjne z możliwością przeprowadzenia następujących badań:
    - badania biochemiczne krwi;
    - morfologia krwi z rozmazem;
    - oznaczenie antygenu CD 20.

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu hematologii lub onkologii klinicznej;
- co najmniej 2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków.
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

12. Literatura

Cheson BD, Horning SJ, Coiffier B, Shipp MA, Fisher RI, Connors JM, Lister TA,Vose J, Grillo-Lopez A, Hagenbeek A, Cabanillas F, Klippensten D, Hiddemann W, Castellino R, Harris NL, Armitage JO, Carter W, Hoppe R, Canellos GP. ***Report of an international workshop to standardize response criteria for non-Hodgkin's lymphomas. NCI Sponsored International Working Group***. J Clin Oncol. 1999 Apr;17(4):1244.

KRYTERIA ODPOWIEDZI NA LECZENIE
wg. Cheson BD et al. For the international harmonzation Project J Clin Oncol 2006; 24 (18S): 423s, Abstrakt 7507

Zalecenia ws rewizji kryteriów IWG oceny odpowiedzi chłoniaków na leczenie

<table>
<tr><th rowspan="2">Kategorie odpowiedzi na leczenie</th><th colspan="2">Definicja</th><th rowspan="2">Uwagi</th></tr>
<tr><th>PET-awidne</th><th>PET-nieawidne</th></tr>
<tr><td rowspan="3">CR</td><td colspan="2">Ustąpienie objawów choroby</td><td rowspan="6">-PET/CT: większa zgodność niż PET (93% vs 83%)
- Korelacja SUV z dynamiką kliniczną SUV>10 – agresywne, SUV < 10 – przewlekłe PET nie zastępuje biopsji</td></tr>
<tr><td>PET-</td><td>CT-</td></tr>
<tr><td colspan="2">Szpik niezajęty
(metodą morfol. → IHC/FACS/molek.)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PR</td><td colspan="2">Redukcja wymiarów zmian o ≥ 50%</td></tr>
<tr><td>PET+ w ogniskach wyjściowo PET+</td><td>PET– i CT+</td></tr>
<tr><td rowspan="2">PD</td><td colspan="2">Wzrost wymiarów zmian o ≥ 50% lub nowe zmiany</td></tr>
<tr><td>PET+</td><td>CT+</td></tr>
<tr><td>SD</td><td colspan="2">Zmiany wymiarów < 50%
PET+ tylko w ogniskach wyjściowo</td><td></td></tr>
</table>

Zalecenia ws rewizji kryteriów IWG oceny odpowiedzi chłoniaków na leczenie
PET: Wskazania wg kategorii wychwytu znacznika – PA / PNA

Etap postępowania	PA	PNA	Korzyść kliniczna
Diagnostyka wstępna: identyfikacja wszystkich ognisk choroby	Zalecane	Zalecane jeżeli celem zasadniczym leczenia jest uzyskanie maksymalnej odpowiedzi (a nie wydłużenie czasu wolnego od progresji lub ustąpienie objawów)	Wiarygodność oceny odpowiedzi na leczenie indukujące remisję i adekwatność decyzji co do dalszych etapów leczenia

Zalecenia ws rewizji kryteriów IWG oceny odpowiedzi chłoniaków na leczenie
PET: Wskazania wg kategorii wychwytu znacznika – PA / PNA

Etap postępowania	PA	PNA	Korzyść kliniczna
Monitorowanie odpowiedzi w trakcie leczenia indukcyjnego (po ≥ 1 kursie leczenia)	W ramach prospektywnych, kontrolowanych badań klinicznych	W ramach prospektywnych, kontrolowanych badań klinicznych	Chociaż wynik PET koreluje z czasem przeżycia, nie ma danych co do konsekwencji wczesnej modyfikacji programu leczenia

Zalecenia ws rewizji kryteriów IWG oceny odpowiedzi chłoniaków na leczenie
PET: Wskazania wg kategorii wychwytu znacznika – PA / PNA

Etap postępowania	**PA**		**PNA**	**Korzyść kliniczna**
Ocena odpowiedzi na leczenie indukcyjne (Io linii)	DLBCL HL	Wskazane	Wskazane jeżeli PET+ przed leczeniem i jeżeli odpowiedź jest celem leczenia	Potwierdzenie CR może uzasadniać zakończenie leczenia i oznacza wysokie prawdopodobieństwo wyleczenia. Brak CR wiąże się z ryzykiem nieuchronnej progresji choroby i implikuje kwalifikację do dalszego leczenia: reindukcyjnego, uzupełniającego, RT, HCT, IIo linii
	FL MCL	**Wskazane jeżeli odpowiedź jest celem leczenia**		

Zalecenia ws rewizji kryteriów IWG oceny odpowiedzi chłoniaków na leczenie

Kategorie odpowiedzi na leczenie	**Definicja**		**Uwagi**
	PET-awidne	**PET-nieawidne**	
CR	Ustąpienie objawów choroby		PET/CT: większa zgodność niż PET (93% vs 83%) - Korelacja SUV z dynamiką kliniczną SUV>10 – agresywne, SUV < 10 – przewlekłe PET nie zastępuje biopsji
	PET-	CT-	
	Szpik niezajęty (metodą morfol. → IHC/FACS/molek.)		
PR	Redukcja wymiarów zmian o ≥ 50%		
	PET+ w ogniskach wyjściowo PET+	PET– i CT+	
PD	Wzrost wymiarów zmian o ≥ 50% lub nowe zmiany		
	PET+	CT+	
SD	Zmiany wymiarów < 50% PET+ tylko w ogniskach wyjściowo		

1. Nazwa programu:

LECZENIE RAKA JAJNIKA PAKLITAKSELEM

2. Dziedzina medycyny:

Onkologia Kliniczna

Ginekologia Onkologiczna

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**paklitaksel**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	amp a 30mg i a 100mg
3) dawkowanie:	135 mg/m^2 powierzchni ciała paklitaksel 135 mg/m^2 powierzchni ciała w dożylnym wlewie 24-godzinnym + cisplatyna 75 mg/m^2 powierzchni ciała w dożylnym wlewie (6 cykli co 21 dni); lub paklitaksel 175 mg/m^2 powierzchni ciała w dożylnym wlewie 3-godzinnym + karboplatyna dla AUC 6 w dożylnym wlewie (6 cykli co 21 dni) (średnia dawka karboplatyny 350mg/m^2)

Przed podaniem paklitakselu premedykacja (lek z grupy kortykosteroidów + lek przeciwhistaminowy + lek z grupy antagonistów receptora H2) według zaleceń zawartych w charakterystyce produktu.

4. Opis problemu zdrowotnego

C 56 – nowotwór złośliwy jajnika;

Patogeneza

Patogeneza raka jajnika nie jest dokładnie znana. Zachorowania przed 30 rokiem życia są bardzo rzadkie. Ryzyko zachorowania w sposób istotny wzrasta powyżej 50 roku życia.

Czynniki ryzyka

Jedynym ze znanych czynników ryzyka jest nosicielstwo mutacji genu BRCA-1, odpowiedzialnych za 5-10% wszystkich przypadków raka jajnika. W rozwoju raka jajnika

mogą mieć udział zaburzenia czynności hormonalnej jajnika. Każde dodatkowe ciąże zmniejszają ryzyko zachorowania o 10%.. Stymulacja jajnika sprzyja rozwojowi raka, czynniki hamujące owulację mają działanie protekcyjne - ryzyko rozwoju raka jajnika zmniejsza się np. po zastosowaniu doustnej antykoncepcji

Przebieg choroby

Pierwsze objawy raka jajnika są niecharakterystyczne. Są to wzdęcia, brak apetytu, zaparcia, odbijanie, czkawka, uczucie pełności w jamie brzusznej, spadek wagi ciała. Występują bóle brzucha, bóle w okolicy lędzwiowo-krzyżowej, powiększenie obwodu brzucha. Objawami rozsiewu choroby może być duszność spowodowana rozsiewem do płuc lub obecnością płynu w jamie opłucnej lub powiększenie obwodowych węzłów chłonnych.

Rokowanie

Najlepiej rokują chore w stopniu IA i IB, u których przy niskim stopniu złośliwości (G1 i G2) można oczekiwać 90 - 98% przeżyć 5-letnich. W pozostałych wczesnych stopniach zaawansowania (I i II) odsetek ten wynosi 80%. W III stopniu zaawansowania przy małej chorobie resztkowej po leczeniu chirurgicznym (pozostawione ogniska nowotworu <1 cm) 5 lat przeżywa 30-50% chorych, w przypadku przetrwałej masywnej choroby oraz w stopniu IV przeżycie 5 letnie nie przekraczają 10%.

***Epidemiologia* (dane dla Polski za rok 2002)**

Standaryzowany współczynnik zachorowalności na raka jajnika wynosi w Polsce 11,3/100 000. W roku 2002 zarejestrowano 3267 nowych przypadków. W tym samym roku zmarło z powodu nowotworów złośliwych jajnika 2171 chorych (standaryzowany współczynnik umieralności 6,9/100.000).

5. Opis działania leku

Mechanizm działania paklitakselu polega na stabilizacji układu mikrotubul, co prowadzi do zablokowania cyklu komórkowego w fazie mitozy.

Do najczęściej występujących objawów niepożądanych należą odczyny anafilaktyczne (niezbędna premedykacja sterydami i lekami antyhistaminowymi) oraz neutropenia. Rzadziej występuje małopłytkowość i anemia. Toksyczność dla układu nerwowego objawia się występowaniem obwodowych neuropatii czuciowych i ruchowych. Paklitaksel może również powodować zaburzenia rytmu serca, hipotomię, niedokrwienie mięśnia sercowego, utratę włosów, zapalenie śluzówek przewodu pokarmowego, nudności i wymioty.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- wydłużenie całkowitego czasu przeżycia kobiet z rakiem jajnika;
- zmniejszenie śmiertelności kobiet z rakiem jajnika;
- uzyskanie remisji choroby,
- wydłużenie czasu do progresji choroby;
- poprawa jakości życia chorych.

7. Kryteria włączenia do programu,

- potwierdzone histologicznie rozpoznanie raka jajnika;
- stopień klinicznego zaawansowania IC lub II (stan po pierwotnym leczeniu chirurgicznym o charakterze doszczętnym) - pooperacyjne leczenie uzupełniające;
- stopień klinicznego zaawansowania III lub IV (stan po pierwotnym leczeniu chirurgicznym o charakterze niedoszczętnym lub stan przed planowanym leczeniem chirurgicznym w stadium miejscowego zaawansowania) - przedoperacyjne lub pooperacyjne leczenie uzupełniające;
- stan sprawności ogólnej 0-2 wg skali WHO;
- liczba granulocytów obojętnochłonnych krwi > 1,5x109 /l;
- liczba trombocytów krwi > $100x10^9$ /l;
- klirens kreatyniny > 20 ml/min;
- stężenie bilirubiny ≤ górnej granicy normy,;
- AspAT i ALAT ≤ 1,5 górnej granicy normy;
- wykluczona ciąża.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- stwierdzenie objawów toksyczności >2 stopnia wg skali WHO, zwłaszcza objawów neurotoksycznych;
- objawy zastoinowej niewydolności krążenia;

- przebyty w ciągu ostatnich 6 miesięcy zawał serca;
- obecność czynnego procesu zapalnego;
- progresja choroby w trakcie leczenia;
- stan sprawności 3 – 4 wg skali WHO.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Obejmuje oceną odpowiedzi (według skali WHO dla zmian mierzalnych) oraz stopnia nasilenia działań niepożądanych (ocena stopnia toksyczności według skali WHO). Badania należy przeprowadzać co 3 cykle leczenia:

Badanie podmiotowe i przedmiotowe;

- USG jamy. brzusznej lub USG per vaginam lub tomografia komputerowa jamy brzusznej (w zależności od oceny sytuacji klinicznej);
- EKG;
- RTG klp;
- badanie markerów nowotworowych CA-125;
- badania diagnostyczne właściwe do potwierdzenia odpowiedzi na leczenie.

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjentki, zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej, należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informacje dotyczące monitorowania leczenia;
- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia paclitakselem;
- datę rozpoczęcia leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie zakończenia leczenia;
- zastosowane dawkowanie paclitakselu;

- informację o sumarycznej dawce paclitakselu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- ocenę wyników leczenia (wg skali WHO dla zmian mierzalnych);
- stopień nasilenia działań niepożądanych (toksyczność wg skali WHO);
- ocenę osiągniętych punktów końcowych;
- uzyskany czas przeżycia (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);
- uzyskany czas do progresji (podany w pełnych miesiącach od rozpoczęcia terapii w programie);

Powyższe dane należy przekazywać po pierwszych 3 cyklach oraz na zakończenie leczenia.

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Program realizować mogą oddziały onkologiczne z możliwością prowadzenia pełnej diagnostyki oraz skojarzonego leczenia z udziałem leczenia chirurgicznego, radioterapii i chemioterapii

- ośrodki ginekologiczne z możliwością prowadzenia pełnej diagnostyki oraz skojarzonego leczenia i zapewnioną stałą współpracą z oddziałami onkologicznymi.

Warunki lokalowe oraz wyposażenie

Wyposażenie umożliwiające stosowanie chemioterapii, prowadzenie stałego monitorowania skuteczności stosowanego leczenia oraz rozpoznawania i leczenia działań niepożądanych (z uwzględnieniem możliwości przeprowadzenia konsultacji kardiologicznej)

- pracownia tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego możliwością przeprowadzenia i interpretacji badania jamy brzusznej oraz miednicy – lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem;
- pracownia USG (USG jamy. brzusznej i transvaginalne);
- pracownia RTG;
- pracowania EKG z możliwością przeprowadzenia badań Holtera;
- laboratorium z możliwością przeprowadzenia następujących badań:
  - -badania biochemiczne krwi;
  - -morfologia krwi z rozmazem;

-oznaczenie markerów nowotworowych (CA-125).

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej lub ginekologii onkologicznej
- co najmniej 2 pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków.

- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE NADPŁYTKOWOŚCI SAMOISTNEJ ANAGRELIDEM

2. Dziedzina medycyny:

Hematologia

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej:	**anagrelid**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	kapsułki 0,5mg
3) dawkowanie:	0,5-3mg/dobę

Leczenie należy rozpoczynać od dawki 0,5 mg/dobę (1 kaps.) przez pierwszy tydzień, a następnie dawkę należy zwiększać co tydzień o 0,5 mg/dobę, aż do uzyskania normalizacji liczby płytek lub obniżenia ich liczby < 600 G/l lub o 50 % w stosunku od stanu wyjściowego. Terapię należy kontynuować przy użyciu minimalnej skutecznej dawki zabezpieczającej pacjenta, kontrolując liczbę płytek krwi co 4 tygodnie.

4. ***Opis problemu zdrowotnego***

D75.2 Nadpłytkowość samoistna

Przebieg choroby.

Nadpłytkowość samoistną (NS) rozpoznaje się, gdy liczba płytek krwi wynosi > 600 G/l (norma 150-400 G/l) po wykluczeniu wtórnej nadpłytkowości oraz nadpłytkowości w przebiegu innych chorób mieloproliferacyjnych. NS jest klonalną chorobą układu krwiotwórczego, zależną od proliferacji prekursorów megakariocytów. Choroba może prowadzić do powstawania zakrzepów w mikrokrążeniu (80-85 % chorych) i w dużych naczyniach żylnych i tętniczych, co wiedzie do poważnych następstw w postaci, m.in. niestabilnej dławicy piersiowej, zawału mięśnia serca lub udarów mózgu. Do czynników ryzyka powikłań naczyniowych u chorych na NS należą: wiek > 60 r. ż., hipercholesterolemia, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, liczba płytek>

1000 G/l, w wywiadzie epizod niedokrwienny lub zakrzepowy oraz palenie tytoniu. Groźne krwawienia u chorych na NS spowodowane niewydolnością czynnościową płytek występują rzadziej niż zakrzepy.

Epidemiologia

Częstość występowania nadpłytkowości samoistnej (NS) ocenia się na 5-7/1 milion populacji, choroba ujawnia się głównie w 5 i 6 dekadzie życia.

5. Opis działania leku

Anagrelid powoduje zależne od dawki zmniejszenie liczby krwinek płytkowych; mechanizm działania nie jest znany. Anagrelid wywiera swoje działanie poprzez zmniejszenie wielkości i ploidii megakariocytów w pomitotycznej fazie dojrzewania. Nie powoduje istotnych zmian dotyczących krwinek białych i parametrów krzepnięcia, obserwowano natomiast niewielkie zmiany dotyczące krwinek czerwonych.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- zmniejszenie ryzyka wystąpienia zagrażających zdrowiu i życiu powikłań zakrzepowo-krwotocznych u chorych z nadpłytkowością samoistną opornych na hydroksymocznik lub źle znoszących (WHO – III stopień toksyczności) ten lek;
- poprawa sprawności chorych na NS i jakości ich życia.

7. Kryteria włączenia do programu,

- rozpoznana nadpłytkowość samoistna;
- wykluczenie innych przyczyn nadpłytkowości;
- stwierdzona toksyczność hydroxymocznika (udokumentowany III stopień toksyczności wg WHO);
- stwierdzona niedostateczna reakcja na hydroksymocznik;

• liczba płytek krwi powyżej 1500 G/l (co najmniej 2 badania w odstępie 1 tygodnia), nawet, jeżeli chory nie ma objawów klinicznych ;

• liczba płytek 600-1500 G/l (jeśli liczba płytek w ciągu 2 miesięcy zwiększyła się powyżej 300 G/l, albo występują objawy, które można wiązać z nadpłytkowością, względnie chory miał w przeszłości powikłania zakrzepowe lub krwotoczne.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

• wystąpienie objawów nadwrażliwości na anagrelid;

• niewydolność układu krążenia stopnia 3 lub 4;

• niestabilna choroba wieńcowa;

• klirens kreatyniny < 30 ml/min;

• aktywność aminotransferaz 5 razy większa od normy i wyższa;

• brak efektu terapeutycznego po 4 tygodniach leczenia;

• wystąpienie działań niepożądanych wymagające przerwania terapii;

• nietolerancja laktozy;

• ciąża.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

• badanie podmiotowe i przedmiotowe;

• oznaczenie liczby płytek krwi przynajmniej raz na 4 tygodnie;

• oznaczenie aktywności aminotransferaz raz na 12 tygodni;

• oznaczenie klirensu kreatyniny raz na 4 tygodnie;

• EKG raz na 4 tygodnie

10. Monitorowanie wyników programu

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

• informacje dotyczące monitorowania leczenia programem;

• informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, co 6 miesięcy prowadzonego leczenia, danych określonych w Karcie leczenia nadpłytkowości samoistnej anagrelidem

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Poradnia hematologiczna współpracująca z oddziałem hematologicznym.

Laboratorium z możliwością przeprowadzenia następujących badań:

• morfologia krwi;

• stężenie kreatyniny w surowicy krwi;

• poziom AspAT i AlAT w surowicy krwi;

• elektrokardiogram

Kwalifikacje osób udzielających świadczeń:

- Co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu hematologii, posiadający doświadczenie w leczeniu nadpłytkowości
- Co najmniej 2 pielęgniarki
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

KARTA PROGRAMU LECZENIA NADPŁYTKOWOŚCI SAMOISTNEJ ANAGRELIDEM

I. Dane podstawowe

PESEL chorego;

II. Dane dotyczące wskazań

Data rozpoznania …….

Podstawy rozpoznania:

- Cytogenetyka ujemna
- Śledziona obecna
- Nieobecność niedokrwistości

PLT max ……... data badania ……

PLT max…… data badania ……

Zakrzepica tętnicza

- udar mózgu …… data rozpoznania ……..
- choroba wieńcowa …… data rozpoznania ……..
- zawał serca …… data rozpoznania ……..
- choroba zakrzepowo-zatorowa kończyn ……. data rozpoznania ……..

Zakrzepica żylna

- zespół Budd-Chiari …… data rozpoznania ……..
- zawał płuca …… data rozpoznania ……..
- zakrzepica żył podudzia ……. data rozpoznania ……..
- zakrzepica żyły udowej i biodrowej …….. data rozpoznania ……..
- zakrzepowe zapalenie żył powierzchownych data rozpoznania

Krwotok zmniejszający Hb o więcej niż 1 g/dl.....…….. ……..

Lokalizacja ……. data rozpoznania ……..

III. Dane dotyczące wcześniejszego leczenia

Czy nadpłytkowość była wcześniej leczona …….

Data rozpoczęcia leczenia …….. ……..

Hydroksymocznik …….. ……..

Data rozpoczęcia …….. ……..

Data zakończenia …….. ……..

Poziom Hb<8g/dl …….. ……..

Data wystąpienia …….. ……..

neutrofile<1G/l …….. ……..

Data wystąpienia …….. ……..

PLT<50G/l ……. data wystąpienia ……..

IFN …….. data rozpoczęcia……..

Data zakończenia …….. Dawka Anagrelid ……..
Data rozpoczęcia…….. Data zakończenia……..

informacja o przyczynie zakończenia leczenia

……..

IV: Ocena wyników leczenia

Dawka ……..

Sumarycznej dawka anagrelidu wykorzystana w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);

PLT przed Anagrelidem …….. Data badania……..

PLT w czasie leczenia 1 …….. Data badania……

PLT w czasie leczenia 2 …….. Data badania……

PLT w czasie leczenia 3 …….. Data badania……

PLT w czasie leczenia 4 …….. Data badania……

PLT w czasie leczenia 5 …….. Data badania……

Zakrzepica tętnicza …… Data zaburzenia ……

Rodzaj zakrzepicy …….

Zakrzepica żylna …… Data zaburzenia ……

Rodzaj ……...

Krwotok udokumentowany …….. Lokalizacja ……..

Data wystąpienia …….

Hb przed krwotokiem ……

Hb po krwotoku ……

Wystąpienie niedokrwistości w czasie leczenia

Hb<8 g/l …… Data badania ……

neutropenia <1G/l…… Data badania ……

Zgon ……

Data zgonu ……

Data ostatniej obserwacji ……

1. Nazwa programu:

LECZENIE PRZEDWCZESNEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO

- ***2. Dziedzina medycyny:***

Endokrynologia dziecięca.

3. Dane dotyczące produktu leczniczego, który będzie finansowany w ramach programu:

Leuprorelinum

1) nazwa substancji czynnej: **leuprorelinum**

2) postać farmaceutyczna, dawka: ampułki a 3,75 mg

3) dawkowanie:

masa ciała	dawka	liczba wstrzyknięć	dawka całkowita
≤ 25 kg	3,75 mg x 2	1	7,5 mg
> 25 - do 37,5kg	3,75 mg x 3	2	11,25 mg
> 37,5 kg	3,75 mg x 4	2	15 mg

- co 4 tygodnie podskórnie lub domięśniowo. Jeśli nie osiągnięto zahamowania wydzielania hormonów, dawkę leku należy stopniowo zwiększać o 3,75 mg, co 4 tygodnie. Dawka ta stanowić będzie dawkę podtrzymującą. Każdorazowo należy zmienić miejsce wstrzyknięcia (skóra brzucha, pośladki, udo).

Triptorelinum

1) nazwa substancji czynnej: **triptorelinum**

2) postać farmaceutyczna, dawka: ampułki a 3,75 mg

3) dawkowanie: od 50 do 75 mcg/kg m.c.

U dzieci o masie ciała mniejszej niż 20 kg zwykle podaje się domięśniowo połowę zawartości ampułki 3,75 mg co 21 dni. U dzieci o masie ciała przekraczającej 20 kg zwykle podaje się zawartość 1 ampułki 3,75 mg co 28 dni.

4. Opis problemu zdrowotnego

E 22.8 - Przedwczesne dojrzewanie płciowe

Dojrzewanie płciowe jest okresem rozwoju człowieka, w którym zachodzą zmiany hormonalne i somatyczne prowadzące do osiągnięcia dojrzałości płciowej i płodności. Jest ono jednym z etapów trwającej przez całe życie ewolucji układu podwzgórze - przysadka - gonady. Czynnikiem wyzwalającym zapoczątkowanie dojrzewania płciowego jest spadek wrażliwości podwzgórza na hamujące działanie hormonów płciowych krążących we krwi przed okresem pokwitania, a także wzrost wrażliwości gonad na stymulujące działanie gonadotropin. Fizjologicznie właściwe dojrzewanie płciowe (*gonadarche*) poprzedzone jest fazą nadnerczową (*adrenarche*). Faza właściwego dojrzewania płciowego rozpoczyna się w 8 - 10 roku życia u dziewcząt, a w 9 -11 roku życia u chłopców od pulsacyjnego, nocnego wydzielania gonadoliberyny (GnRH). Towarzyszą temu nocne, a następnie również dzienne wyrzuty LH. U dziewcząt ulegają zmianie proporcje LH i FSH: w okresie przedpokwitaniowym stężenie FSH w surowicy jest wyższe niż LH, w okresie dojrzewania stosunek ten ulega odwróceniu. U chłopców stężenie LH w surowicy jest przez cały czas wyższe niż FSH. Zwiększona sekrecja gonadotropin pobudza bezpośrednio gonady do wydzielania steroidów płciowych.

Patogeneza

Przedwczesne dojrzewanie płciowe zależne od gonadoliberyny (GnRH-zależne) charakteryzuje się zwiększeniem aktywności podwzgórzowego ośrodka odpowiedzialnego za pulsacyjne wydzielanie GnRH prowadzące do zwiększenia wydzielania gonadotropin przez przysadkę, a w następstwie - steroidów płciowych przez gonady.

Przyczyną przedwczesnego dojrzewania płciowego GnRH-zależnego są:

- guzy ośrodkowego układu nerwowego (*hamartoma*, *glioma*, *astrocytoma* i inne)
- inne zmiany ośrodkowego układu nerwowego (wady rozwojowe, torbiele pajęczynówki, stany pourazowe, pozapalne i inne)

- wcześniejsze osiągnięcie dojrzałości tkanek obwodowych w wyniku przedwczesnego dojrzewania płciowego GnRH-niezależnego (pojawienie się pulsów gonadotropin charakterystycznych dla okresu dojrzewania po osiągnięciu wieku kostnego 12-13 lat)

- idiopatyczne (w którym nie udaje się udokumentować przyczyny zaburzeń).

Epidemiologia GnRH-zależnego przedwczesnego dojrzewania płciowego

Przedwczesne dojrzewanie płciowe GnRH-zależne występuje znacznie częściej u dziewcząt niż u chłopców (od 4:1 do 8:1). Idiopatyczne przedwczesne dojrzewanie płciowe stwierdza się w 70-90% u dziewcząt i tylko w 10-30% u chłopców. Najczęściej początek objawów przypada pomiędzy 5 a 7 rokiem życia. Ocenia się, że w Polsce jest obecnie leczonych około 350-370 dzieci z tym rozpoznaniem, liczbę nowych przypadków szacuje się na 50 rocznie. Rzeczywista liczba chorych jest prawdopodobnie wyższa, w związku z niezgłaszaniem się do lekarza części rodziców z dziećmi z objawami przedwczesnego dojrzewania płciowego, szczególnie w środowiskach małomiasteczkowych i wiejskich. Wynika to z braku świadomości konsekwencji nieleczenia choroby i źle pojętego wstydu. Należy spodziewać się, że poprawa jakości opieki medycznej oraz doskonalsze metody diagnostyczne spowodują wcześniejsze rozpoznawanie przedwczesnego dojrzewania płciowego, wydłużając w ten sposób czas trwania terapii. Z drugiej strony, niż demograficzny oraz zakończenie leczenia u pacjentów spełniających ustalone kryteria zaprzestania terapii są czynnikami zmniejszającymi liczbę leczonych pacjentów. Wydaje się, że liczba pacjentów wymagających leczenia będzie w najbliższych latach wykazywała niewielką tendencję wzrostową.

Przebieg choroby

Przedwczesne dojrzewanie płciowe jest to pojawienie się cech dojrzewania płciowego przed ukończeniem 8 roku życia u dziewcząt, bądź przed ukończeniem 10 roku życia u chłopców.

Charakteryzuje się:

- rozwojem drugorzędowych cech płciowych
- zwiększeniem szybkości wzrastania
- przyśpieszeniem dojrzewania kośćca
- rozwojem psychoseksualnym i intelektualnym zgodnym z wiekiem chronologicznym.

W konsekwencji prowadzi do niskiego wzrostu końcowego, zaburzonych proporcji ciała, zaburzeń płodności, zwiększonego ryzyka raka piersi i raka *endometrium.*

Rokowanie

Leczenie farmakologiczne dzieci z GnRH-zależnym przedwczesnym dojrzewaniem płciowym spowoduje zahamowanie lub remisję cech dojrzewania płciowego i zmian hormonalnych, zahamowanie przyspieszenia dojrzewania kośćca, uzyskanie prawidłowego wzrostu ostatecznego i prawidłowych proporcji ciała, zachowanie płodności, obniżenie ryzyka raka piersi i raka *endometrium*.

5. Opis działania leku

Leczeniem z wyboru w terapii przedwczesnego dojrzewania płciowego jest stosowanie substancji będących analogami GnRH o działaniu agonistycznym w stosunku do receptora GnRH. Charakteryzują się one około 150-krotnie silniejszym efektem działania w stosunku do natywnego hormonu, jak również przedłużonym czasem działania. Po krótkotrwałym pobudzeniu wydzielania gonadotropin następuje zahamowanie ich produkcji w efekcie ujemnej autoregulacji zawartości receptora GnRH przez analog. Utrata receptora powoduje zanik wrażliwości komórek gonadotropowych przysadki zarówno na analog, jak i na endogenny hormon. Zahamowanie czynności gonadotropinowej przysadki powoduje wtórne zahamowanie czynności gonad i w konsekwencji zmniejszenie wydzielania steroidów płciowych. Omawiany efekt jest w pełni odwracalny po zaprzestaniu terapii. Octan leuproidu, agonista hormonu uwalniającego hormony gonadotropowe (FSH – RH, LH-RH) wywiera silne działanie hamujące na wydzielanie gonadotropin. U dzieci z przedwczesnym pokwitaniem pochodzenia podwzgórzowo – przysadkowego dochodzi do zmniejszenia wydzielania gonadotropin, również po stymulacji GnRH, do poziomu obserwowanego przed okresem dojrzewania. U chłopców następuje zmniejszenie wydzielania testosteronu, u dziewcząt -estradiolu. Pozwala na prawidłowy wzrost oraz rozwój fizyczny i psychiczny. Naturalne dojrzewanie następuje po przywróceniu wydzielania gonadotropin do poziomu charakterystycznego dla okresu pokwitania, po zaprzestaniu leczenia octanem leuprolidu. Triptorelina to analog naturalnego hormonu GnRH – gonadoreliny. Zahamowanie nadmiernego wydzielania hormonów gonadotropowych przysadki u obu płci prowadzi do zniesienia piku LH po teście stymulacji LHRH, a w konsekwencji do zahamowania wydzielania estradiolu lub testosteronu i do poprawy stosunku wieku wzrostowego do wieku kostnego.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

• zahamowania progresji lub remisja klinicznych objawów dojrzewania płciowego;

• zwolnienia tempa wzrastania;

• zwolnienia tempa dojrzewania kośćca;

• zmniejszenia stężenia gonadotropin w surowicy do wartości charakterystycznych dla okresu przeddojrzewaniowego;

• zmniejszenia objętości jąder albo jajników i macicy w badaniu USG.

7. Kryteria włączenia do programu,

• przedwczesne dojrzewanie płciowe typu ośrodkowego u dzieci (objawy dojrzewania płciowego u dziewcząt poniżej 8 r.ż, u chłopców poniżej 10 r.ż.) ustalone na podstawie badań laboratoryjnych i obrazowych oraz badania klinicznego;

• wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wzrostu kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym;

Diagnostyka niezbędna do rozpoznania choroby

- stężenie β – gonadotropiny kosmówkowej (β-HCG);
- stężenie estradiolu;
- stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu;
- stężenie 17 – hydroksyprogesteronu;
- stężenie testosteronu;
- test stymulacyjny na wydzielanie LH i FSH (diagnostyka);
- stężenie luteotropiny (LH);
- stężenie folikulotropiny (FSH);
- stężenie prolaktyny;
- badanie Rtg lewej dłoni i nadgarstka w celu oceny wieku kostnego;
- badanie USG narządów miednicy i nadnerczy;
- badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo - przysadkowego), w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego;
- pomiar wzrostu i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka;

- w zależności od potrzeby, w określonych przypadkach: profil steroidów w moczu i badania obrazowe jamy brzusznej (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny);

- należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego wg skali Tannera i Marschalla

8. Kryteria wykluczenia z programu,

• osiągnięcie przez pacjenta wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego;

• stwierdzenie określonego zaawansowania wieku kostnego: powyżej 13 lat;

• zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm/rok).

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Po 2 miesiącach od rozpoczęcia leczenia lub po zmianie dawkowania należy:

• wykonać test stymulacji GnRH

• oznaczyć stężenie steroidowych hormonów płciowych

• ocenić występowanie cech płciowych wg kryteriów Tannera

Co 6 miesięcy należy dokonać oceny wieku kostnego

• okresowe oznaczanie hormonów wymienionych przy rozpoznawaniu schorzenia,

• badanie stanu kośćca RTG lub rezonansu magnetycznego.

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

• informacje dotyczące monitorowania leczenia programem;

• informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Cały przebieg leczenia, diagnostyki i monitorowania leczenia należy udokumentować w historii choroby w formie indywidualnego protokołu.

10. Monitorowanie wyników programu

Celem monitorowania wyników programu przewiduje się zbieranie i przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, co 6 miesięcy, następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia leuproreliną lub triptoreliną;
- datę rozpoczęcia leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie zakończenia leczenia;
- dawkowanie leuproreliny lub triptoreliny;
- informację o sumarycznej dawce leuproreliny lub triptoreliny wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- ocenę osiągniętych punktów końcowych.

określenie czasu leczenia w programie.

Do osiągnięcia należnego wieku chronologicznego lub odpowiedniego wieku kostnego.

11. Warunki Realizacji Programu:

- Poradnia endokrynologiczna współpracująca z oddziałem endokrynologii dziecięcej
- możliwość stałego monitorowania efektywności stosowanej terapii, z możliwością diagnozowania oraz leczenia powikłań i działań niepożądanych;
- standardowe wyposażenie gabinetu zabiegowego z zestawem reanimacyjnym;
- zapewnienie możliwości wykonania badań wymienionych w opisie programu

Kwalifikacje osób udzielających świadczeń

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów endokrynologów
- co najmniej 2 pielęgniarki

- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI U DZIECI IMMUNOGLOBULINAMI

2. Dziedzina medycyny, z której konsultant krajowy opiniuje program:

Pediatria.

Immunologia Kliniczna

3. Dane dotyczące produktu leczniczego, który będzie finansowany w ramach programu:

1) nazwa produktu leczniczego	preparaty immunoglobulin zawierających pełne niemodyfikowane cząsteczki IgG
2) postać farmaceutyczna, dawka:	fiolki zawierające lek do wlewów i.v. opakowania : 1,0 g; 2,5 g; 5,0 g; 6,0 g, 10,0 g oraz 20, 0g i do podań podskórnych 1,6g
3) dawkowanie:	• pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,6-0,8 g/kg m.c. we wlewie i.v. w celu znormalizowania poziomu stężenia IgG w surowicy (dawka może być podzielona na dwa wlewy w odstępie 24 godzin), • kontynuacja leczenia substytucyjnego wlewami w dawce 0,4 g/kg m. c. w odstępach 4 tygodniowych. Dawkowanie zależne od stanu zdrowia pacjenta nie większe niż 06-08 g/kg m.c,. natomiast w przypadku kontynuacji leczenia do 0,4 gna kg m.c.

4. Opis problemu zdrowotnego

Kwalifikacja wg kodów ICD-10

- **D80 w tym D80.0, D80.1, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.8, D80.9**
- **D81 w całości**
- **D82 w tym: D82.0, D82.1, D82.3, D82.8, D82.9**
- **D83 w tym: D83.0, D83.1, D83.3, D83.8, D83.9**
- **D89**

- Wrodzone niedobory odporności ujawniają się klinicznie zazwyczaj w okresie niemowlęco – dziecięcym i stanowią poważny problem diagnostyczny i terapeutyczny. Wieloletnie badania kliniczne nad dziećmi z pierwotnymi niedoborami odporności hormonalnej udowodniły, że niedobór przeciwciał jest wskazaniem do rozpoczęcia terapii substytucyjnej.

  Celem programu jest profilaktyka zakażeń bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych oraz przeciwdziałanie rozwojowi przewlekłych zmian zapalnych u dzieci z wrodzonymi zaburzeniami odporności.

Patogeneza

Pacjenci z pierwotnymi niedoborami odporności stanowią istotną grupę chorych z ciężkimi, uporczywie nawracającymi a także przewlekłymi zakażeniami różnych narządów oraz zakażeniami uogólniającymi się, które mogą prowadzić do kalectwa lub nawet śmierci

Rokowanie.

Pacjenci wymagają stałego leczenia substytucyjnego

Epidemiologia

Uśredniona częstość tych chorób to około 1dziecko na 6 tyś. urodzonych. Ponad 50% tych dzieci ma upośledzoną syntezę przeciwciał, co predysponuje je do wszelkiego typu zakażeń.

5. Opis działania leku

• Mechanizm działania: substytucja – uzupełnienie brakujących cząstek IgG

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

• profilaktyka zakażeń bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych.

7. Kryteria włączenia do programu,

• rozpoznanie pierwotnych zaburzeń odporności - *według definicji WHO (Word Heath Organization): report on Primary Immunodeficiences, Clinical and Experimental Immunology, Vol. 99 (Suppl.1), 1995*

• wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności

stężenie IgG poniżej 200mg/dl jest wskazaniem do rozpoczęcia terapii substytucyjnej

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- nadwrażliwość na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu
- izolowany niedobór IgA z występowaniem przeciwciał przeciwko IgA

9. Monitorowanie wyników leczenia,

• badanie przedmiotowe i podmiotowe

• oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG w surowicy krwi raz na 3 miesiące
• usg j. brzusznej raz na 6 miesięcy

10. monitorowanie wyników programu,

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

• informacje dotyczące monitorowania leczenia programem;

• informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowania wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego;

- datę rozpoczęcia leczenia;

- datę zakończenia leczenia;

- informację o przyczynie zakończenia leczenia;

- stosowane dawki leków

- informację o sumarycznej dawce wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);

- ocena wyników leczenia

Powyższe dane należy przekazywać do Oddziału Funduszu raz na 6 miesięcy.

a) określenie czasu leczenia w programie.

Leczenie ma charakter substytucyjny i jest przewidziane jako leczenie stałe. Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia

11. Warunki Realizacji Programu:

Specjalistyczny oddział dziecięcy, który powinien posiadać:

- salę zabiegową z zestawem do leczenia p/wstrząsowego

- laboratorium analityczne czynne całą dobę

- Wymagane wyposażenie - zestaw reanimacyjny.

Kwalifikacje osób udzielających świadczeń

- co najmniej 2 lekarzy ze specjalizacją z zakresu pediatrii - co najmniej 2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie ostrych stanów pediatrycznych

sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE DYSTONII MIĘŚNIOWYCH TOKSYNĄ BOTULINOWĄ

- ***2. Dziedzina medycyny:***

- Neurologia.

- Rehabilitacja

- ***3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:***

1) nazwa substancji czynnej botulinum A toxin

2) postać farmaceutyczna, dawka: fiolki a 500 j. i a 100 j. subst. sucha do przygotowania roztworu do wstrzyknięć

3) dawkowanie: jak w tabeli poniżej

Preparat toksyny botulinowej	botulinum A toxin a 500j. (Dysport)	botulinum A toxin a 100j. (Botox)
Kręcz karku	500 - 1000 j.m.	100 - 200 j.m.
Kurcz powiek	100 - 250 j.m.	20 - 50 j.m.
Połowiczy kurcz twarzy	50 - 125 j.m.	10 - 25 j.m.
Dystonia krtaniowa	40 - 80 j.m.	10 - 20 j.m.

Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta, maksymalnie 4 razy w ciągu roku. Przelicznik Dysport / Botox wynosi: 1 j.m. Botox = 5 j.m. Dysport

4. Opis problemu zdrowotnego

- **G24.3** Kręcz karku

- **G24.5** Kurcz powiek

- **G24.4, G51.3** Połowiczy kurcz twarzy

- **G24.8** Dystonia krtaniowa

Przebieg choroby.

Dystonie mięśniowe są to zaburzenia ruchowe, charakteryzujące się występowaniem niezależnych od woli skurczów mięśniowych, powodujących mimowolne, niekontrolowane ruchy i ułożenia różnych części ciała. Zgodnie ze stanowiskiem Amerykańskiej Akademii Neurologii, stosowanie toksyny botulinowej w leczeniu dystonii ogniskowych (kurcz powiek, kręcz karku, dystonie krtaniowe) oraz połowiczego kurczu twarzy jest postępowaniem z wyboru. Ze względu na charakter objawów, dystonie w znacznym stopniu upośledzają sprawność dotkniętych nimi pacjentów, prowadząc często do inwalidztwa i izolacji społecznej.

Rokowanie.

Wiek jest najważniejszym czynnikiem prognostycznym w pierwotnej dystonii. Młodszy wiek zachorowania związany jest z większym prawdopodobieństwem wystąpienia ciężkiej uogólnionej dystonii. Późny początek choroby częściej jest związany z występowaniem dystonii ogniskowej

5. Opis działania leku

Toksyna botulinowa typu A jest egzotoksyną wytwarzaną przez laseczki Clostridium botulinum. Łączy się trwale z płytką nerwowo-mięśniową, poraża przewodnictwo nerwowo-mięśniowe poprzez fragmentację białka SNAP-25 niezbędnego w procesie uwalniania acetylocholiny z zakończeń presynaptycznych.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

Poprawa sprawności ruchowej pacjentów z dystonią mięśniową

7. Kryteria włączenia do programu,

- komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej;

- w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG;

• wykluczenie ciąży;

• wykluczenie myastenii gravis;

• brak objawów uogólnionego zakażenia;

• wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

• nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;

• powstanie oporności na lek;

• stwierdzenie myastenii gravis;

• objawy uogólnionego zakażenia;

• zapalenie okolicy miejsca podania;

• ciąża

10. Monitorowanie wyników programu,

Celem monitorowania wyników programu przewiduje się przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu „Indywidualnej karty leczenia toksyną botulinową" o następującym wzorze:

INDYWIDUALNA KARTA LECZENIA TOKSYNĄ BOTULINOWĄ

Nazwa świadczeniodawcy
PESEL pacjenta
Wiek
Waga
rozpoznanie kliniczne
zgoda pacjenta, który musi być poinformowany o możliwych działaniach niepożądanych toksyny botulinowej i ewentualnych powikłaniach terapii
Data włączenia do leczenia
Data badania EMG

iniekcje do innych grup mięśni według wskazań - ilość jednostek toksyny botulinowej miejsce: ……. ……. …….	
Łączna ilość jednostek na jedną sesję	
pacjent uczestniczy w programie rehabilitacyjnym finansowanym przez NFZ	tak / nie
ocena wyniku leczenia (stopień uzyskanej poprawy – w tym uzyskany zakres ruchów i nasilenie działań niepożądanych) – krótki opis.	
podpis i pieczęć lekarza wykonującego zabieg	

*niewłaściwe wykreślić

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

• gabinet zabiegowy w poradni lub oddziale neurologii, oddziale rehabilitacji lub ośrodku rehabilitacji; oraz możliwość realizacji przez pododdział pediatryczny

• pracownia EMG w jednostce macierzystej.

Kwalifikacje personelu:

- co najmniej 2 lekarzy neurologów lub specjalistów rehabilitacji
- co najmniej 2 pielęgniarki
- sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE MÓZGOWEGO PORAŻENIA DZIECIĘCEGO TOKSYNĄ BOTULINOWĄ

2. Dziedzina medycyny:

Neurologia dziecięca

Rehabilitacja

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

• **Dysport** – fiol. 500 j. – subst. sucha do przygotowania roztworu do wstrzyknięć

• **Botox** – fiol. 100 j. - subst. sucha do przygotowania roztworu do wstrzyknięć

Preparat toksyny botulinowej	**Dysport**	**Botox**
Mózgowe porażenie dziecięce	30 j. m. /kg m.c.	6 j.m. /kg m.c.

Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta, maksymalnie 4 razy w ciągu roku. Przelicznik Dysport / Botox wynosi: 1 j.m. Botox = 5 j.m. Dysport

4. Opis problemu zdrowotnego

G 80 – mózgowe porażenie dziecięce

Przebieg choroby.

Mózgowe porażenie dziecięce oznacza różnorodne zaburzenia funkcji ruchowych dziecka, w następstwie uszkodzenia mózgu w czasie ciąży lub okresie okołoporodowym. Warunkiem rozpoznania jest niepostępujący charakter objawów i brak innych uchwytnych przyczyn.

W ostatnich latach obserwuje się stały postęp w leczeniu usprawniającym chorych dotkniętych mózgowym porażeniem dziecięcym.

Rokowanie.

Zależy od rozpoznania i odpowiednio wczesnego wdrożenia postępowania rehabilitacyjnego.

Epidemiologia.

Częstość występowania 2 – 3 dzieci na każde 1000 żywo urodzonych. Obecnie w Polsce szacujemy populację dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym szacuje się na 20 – 25 tysięcy.

5. Opis działania leku

Toksyna botulinowa typu A jest egzotoksyną wytwarzaną przez laseczki Clostridium botulinum. Łączy się trwale z płytką nerwowo-mięśniową, poraża przewodnictwo nerwowo-mięśniowe poprzez fragmentację białka SNAP-25 niezbędnego w procesie uwalniania acetylocholiny z zakończeń presynaptycznych.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

Poprawa sprawności ruchowej dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym.

7. Kryteria włączenia do programu,

- potwierdzone rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego z towarzyszącą spastycznością ogniskową, np. stopa końsko-szpotawa, nadmierne zgięcie w stawach kolanowych;
- wiek 2-18 lat;
- w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny otulinowej przy pomocy badania EMG.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;
- powstanie oporności na leczenie;
- stwierdzenie myastenii gravis;

- objawy uogólnionego zakażenia;
- zapalenie okolicy miejsca podania;
- ciąża

9. Monitorowanie wyników leczenia,

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

• informacje dotyczące monitorowania leczenia programem;

• informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

10. Monitorowanie wyników programu,

Celem monitorowania wyników programu przewiduje się przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu „Indywidualnej karty leczenia toksyną botulinową" o następującym wzorze:

INDYWIDUALNA KARTA LECZENIA TOKSYNĄ BOTULINOWĄ

Nazwa świadczeniodawcy	
PESEL pacjenta	
Wiek	
Waga	
potwierdzone rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego z towarzyszącą spastycznością ogniskową, np. stopa końsko-szpotawa, nadmierne zgięcie w stawach kolanowych*	tak / nie
zgoda rodziców, którzy muszą być poinformowani o możliwych działaniach niepożądanych toksyny botulinowej i ewentualnych powikłaniach terapii*	tak / nie
Data włączenia do leczenia	
Data badania EMG	
iniekcje mięśni tzw grupy kulszowo – goleniowych w przypadku nadmiernego zgięcia w stawach kolanowych - ilość jednostek toksyny botulinowej	
iniekcje mięśni przywodzicieli uda i mięśni kolszowo – goleniowych w celu umożliwienia przyjęcia pozycji siedzącej (ciężkie przypadki)- ilość jednostek toksyny botulinowej	
iniekcje diagnostyczne, pozwalające przewidzieć skutki leczenia operacyjnego (odwracalna symulacja lub różnicowanie roli różnych mięśni w przypadku wątpliwości)- ilość jednostek toksyny botulinowej	

iniekcje zmniejszające bolesne skurcze mięśni w okresie okołooperacyjnym - ilość jednostek toksyny botulinowej	
iniekcje do innych grup mięśni według wskazań - ilość jednostek toksyny botulinowej miejsce: ……. ……. …….	
Łączna ilość jednostek na jedną sesję	
pacjent uczestniczy w programie rehabilitacyjnym finansowanym przez NFZ	tak / nie
ocena wyniku leczenia (stopień uzyskanej poprawy – w tym uzyskany zakres ruchów i nasilenie działań niepożądanych) – krótki opis.	
podpis i pieczęć lekarza wykonującego zabieg	

*niewłaściwe wykreślić

Powyższa kartę należy przekazywać do Oddziału Funduszu raz na 6 miesięcy.

określenie czasu leczenia w programie.

Leczenie w ramach programu może trwa do ukończenia 18 roku życia

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

- - gabinet zabiegowy w poradni lub oddziale neurologii lub ortopedii dziecięcej, oddziale rehabilitacji dziecięcej lub ośrodku rehabilitacji dziecięcej, również pododdział pediatryczny.
- - pracownia EMG w jednostce macierzystej.

Kwalifikacje personelu:

- co najmniej 2 lekarzy neurologów lub specjalistów rehabilitacji dziecięcej oraz specjaliści ortopedzi z udokumentowanym co najmniej trzyletnim doświadczeniem w stosowaniu tej metody leczenia

- co najmniej 2 pielęgniarki

- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO GLATIRAMEREM

2. Dziedzina medycyny.

Neurologia

3. Dane dotyczące substancji czynnej finansowanej w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej glatiramer

2) postać farmaceutyczna, dawka: fiolki zawierające liofilizat 20 mg

3) dawkowanie: 20 mg s.c., /dobę

4. Opis problemu zdrowotnego

G35 Stwardnienie rozsiane

Przebieg choroby.

Stwardnienie rozsiane (SM) jest zapalną chorobą demielinizacyjną istoty białej ośrodkowego układu nerwowego, która dotyczy osób dorosłych młodych i w średnim wieku. Przyczyną tej choroby jest rozpad osłonek mielinowych w wyniku zniszczenia ich przez proces autoimmunologiczny.

W początkowym okresie u około 80% pacjentów choroba przebiega w postaci nawrotów i remisji stwardnienia rozsianego (RRSM), a następnie u większości z tych chorych rozwija się wtórnie postępująca postać (SPSM).

Rokowanie.

Inwalidztwo czynnościowe jest głównym problemem u chorych we wczesnym stadium choroby, a średnio w ciągu 15 lat dochodzi do konieczności pomocy w podstawowych czynnościach życiowych. Choroba obarczona jest wysokim kosztem społecznym, ponieważ często dotyczy ludzi młodych w wieku produkcyjnym.

Epidemiologia.

Choroba zazwyczaj występuje pomiędzy 20 a 40 rokiem życia i dwukrotnie częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn. Jest to druga co do częstości przyczyna inwalidztwa neurologicznego w tej grupie wiekowej. Choroba występuje z częstością 30-100 zachorowań na 100000 mieszkańców.

5. Opis działania leku

Mechanizm działania octanu glatirameru nie jest jeszcze znany. Uważa się, że wchodzi on w reakcję krzyżową z białkiem zasadowym mieliny na poziomie humoralnym jak i komórkowym. Octan glatirameru wykazuje duże powinowactwo do cząstek antygenu zgodności tkankowej MHC klasy II, z którymi wiąże się na powierzchni komórek prezentujących antygen. Wiązanie octanu glatirameru z cząsteczką MCHC II na powierzchni komórek prezentujących antygen powoduje dwa swoiste działania, które spowalniają postęp stwardnienia rozsianego: indukcję swoistych limfocytów T supresorowych oraz hamowanie swoistych limfocytów T eżektorowych. Przyjmuje się, że oba te działania zostają zapoczątkowane miejscowo na poziomie komórek limfoidalnych w pobliżu miejsca wstrzyknięcia. Nie ma dowodów na to, ze octan glatirameru wykazuje ogólnoustrojowe działanie immunosupresyjne, nie mniej jednak nie można całkowicie wykluczyć tej możliwości.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- zmniejszenie odsetka osób niepełnosprawnych dotkniętych SM pozwalające na powrót chorych do czynnego życia i pracy zawodowej;
- poprawa sprawności ruchowej;
- powstrzymanie postępu choroby, zapobieganie wystąpieniu lub pogłębianiu się inwalidztwa.

7. Kryteria włączenia do programu,

- wiek powyżej 18 lat;

• rozpoznanie klinicznie stwardnienia rozsianego jest poprzedzone odpowiednio długą obserwacją neurologiczną;

• rozpoznanie SM jest potwierdzone badaniem rezonansu magnetycznego;

• rozpoznanie postaci rzutowej SM oparte jest na kryteriach diagnostycznych McDonald i wsp. (2001);

• co najmniej 21 punktów wg punktowego systemu kwalifikacji;

• pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki środowiskowej obejmującej opieką pacjenta;

PUNKTOWY SYSTEM KWALIFIKACJI DO LECZENIA STWARDNIENIA ROZSIANEGO

1. Wiek chorego/chorej

- 18 - 30 lat - 6 pkt.

- 30 - 40 lat - 3 pkt.

- powyżej 40 lat - 1 pkt

2. - Czas trwania choroby

- 1 - 3 lat - 6 pkt.

- 3 - 6 lat - 3 pkt.

- 6 - 10 lat - 2 pkt.

- < 1 roku - 6 pkt. (jeśli rozpoznanie SM jest pewne!)

- > 10 lat - 1 pkt.

3. Postać choroby

- rzutowa bez objawów ubytkowych 5 pkt.

4. Liczba rzutów choroby

- 1-2/ rok - 5 pkt.

- 3-5 /rok - 4 pkt.

- 6-7 / rok - 2 pkt.

- rzadziej niż 1 x w roku - 1 pkt.

- częściej niż 7/ rok - 0 pkt.

5. Stan neurologiczny w okresie międzyrzutowym (przy rozpoczynaniu leczenia)

- objawy nieznacznie upośledzające układu ruchu (chory samodzielnie chodzący)

- EDSS 0-2 - 6 pkt

- EDSS 2-4 - 3 pkt

- EDSS >4 - 1 pkt

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- nadwrażliwość na octan glatirameru lub mannitol;
- współtowarzysząca inna postać choroby;
- obciążenie innymi schorzeniami, które mogą zmniejszyć skuteczność takiego leczenia;
- ciąża.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informacje dotyczące monitorowania leczenia w programie;
- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Każdorazowe zastosowanie leku musi być potwierdzone stosowną adnotacją (z uwzględnieniem okolicy ciała, w którą wstrzyknięto lek) w dokumentacji medycznej prowadzonej przez oddział/poradnię albo współpracującą z ośrodkiem realizującym program pielęgniarkę środowiskową.

Przystępując do leczenia octanem glatirameru pacjenci powinni podpisać zgodę na leczenie po wcześniejszym zapoznaniu się z informacjami dla pacjenta.

10. Monitorowanie wyników programu

Celem monitorowania wyników programu jest zbieranie i przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego;
- udokumentowane rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia lekami glatiramerem;
- datę rozpoczęcia leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie zakończenia leczenia;
- zastosowane dawkowanie glatirameru;
- informację o sumarycznej dawce glatirameru wykorzystanego w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia)
- ocenę wyników leczenia (stopień uzyskanej poprawy i nasilenia działań niepożądanych)
- ocenę zmian w badaniu rezonansu magnetycznego

Powyższe dane należy przekazywać do Oddziału Wojewódzkiego NFZ, co 6 miesięcy.

określenie czasu leczenia w programie.

Leczenie trwa do 24 miesięcy.

11. Warunki Realizacji Programu:

Wysokospecjalistyczny oddział neurologiczny z wieloletnim doświadczeniem w leczeniu SM z przyszpitalną poradnią dla chorych na SM;

- pracownia rezonansu magnetycznego~~;~~

• gabinet zabiegowy w poradni lub oddziale neurologii.

Kwalifikacje personelu:

- • co najmniej 2 lekarzy specjalistów z neurologii;
- co najmniej 2 pielęgniarki.
- sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO INTERFERONEM BETA

2. Dziedzina medycyny.

Neurologia

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**interferon beta-1b**
2) postać farmaceutyczna, dawka	fiolka 0,3 mg
3) dawkowanie i ilość leku/kurację:	0,25 mg s.c. co drugi dzień

1) nazwa substancji czynnej	**interferon beta-1a**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	ampułkostrzykawka a 22µg lub 44µg lub fiolka 30µg
3) dawkowanie i ilość leku/kurację:	22µg, 44µg s.c. lub 30µg i.m. w zależności od tolerancji raz lub 3 w tygodniu (dawkowanie zależy od rodzaju preparatu)

4. Opis problemu zdrowotnego

G35 Stwardnienie rozsiane

Przebieg choroby.

Stwardnienie rozsiane (SM) jest zapalną chorobą demielinizacyjną istoty białej ośrodkowego układu nerwowego, która dotyczy osób dorosłych młodych i w średnim wieku. Przyczyną tej choroby jest rozpad osłonek mielinowych w wyniku zniszczenia ich przez proces autoimmunologiczny.

W początkowym okresie u około 80% pacjentów choroba przebiega w postaci nawrotów i remisji stwardnienia rozsianego (RRSM), a następnie u większości z tych chorych rozwija się wtórnie postępująca postać (SPSM).

Rokowanie.

Inwalidztwo czynnościowe jest głównym problemem u chorych we wczesnym stadium choroby, a średnio w ciągu 15 lat dochodzi do konieczności pomocy w podstawowych czynnościach życiowych. Choroba obarczona jest wysokim kosztem społecznym, ponieważ często dotyczy ludzi młodych w wieku produkcyjnym.

Epidemiologia.

Choroba zazwyczaj występuje pomiędzy 20 a 40 rokiem życia i dwukrotnie częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn. Jest to druga co do częstości przyczyna inwalidztwa neurologicznego w tej grupie wiekowej. Choroba występuje z częstością 30-100 zachorowań na 100000 mieszkańców.

5. Opis działania leku

W leczeniu immunomodulującym SM stosuje się Interferon beta-1a , Interferon beta-1b. Szczegółowy mechanizm działania Interferonu beta nie jest jeszcze znany. Wiadomo jednak, iż lek ten ma redukować ogniska zapalne poprzez modulację układu immunologicznego. Interferon beta posiada własności immunomodulacyjne, antywirusowe a także antyproliferacyjne. Interferon beta ma zmniejszać częstość rzutów choroby i ograniczać występowanie ciężkich rzutów choroby oraz opóźniać postęp choroby.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- zmniejszenie odsetka osób niepełnosprawnych dotkniętych SM pozwalające na powrót chorych do czynnego życia i pracy zawodowej;
- poprawa sprawności ruchowej;
- powstrzymanie postępu choroby, zapobieganie wystąpieniu lub pogłębianiu się inwalidztwa.

7. Kryteria włączenia do programu,

- wiek powyżej 16 roku życia

• rozpoznanie klinicznie stwardnienia rozsianego jest poprzedzone odpowiednio długą obserwacją neurologiczną- przynajmniej 2 rzuty w ciągu 2 ostatnich lat

• rozpoznanie postaci rzutowej SM oparte jest na kryteriach diagnostycznych McDonald i wsp. (2005) włącznie z badaniami rezonansem magnetycznym

• co najmniej 21 punktów wg punktowego systemu kwalifikacji;

• pisemna deklaracja współpracy przy realizacji programu ze strony pielęgniarki środowiskowej obejmującej opieką pacjenta.

PUNKTOWY SYSTEM KWALIFIKACJI DO LECZENIA STWARDNIENIA ROZSIANEGO

1. Wiek chorego/chorej

- 16 - 40 lat _____**6 pkt.**
- 40 - 60 lat _____**3 pkt**.
- powyżej 60 lat _____**1 pkt**.

2. - Czas trwania choroby

- 0 - 3 lat _____**6 pkt**
- 3 - 6 lat _____**3 pkt**.
- 6 - 10 lat _____**2 pkt.**
- powyżej 10 lat **1 pkt.**

3. – Postać choroby

- rzutowa bez objawów ubytkowych ___**5 pkt**

4. Liczba rzutów choroby w ostatnim roku

- 3 - 4/ rok _____**5 pkt.**
- 1 - 2 /rok _____**4 pkt**.
- 6 - 7 / rok _____**2 pkt.**
- rzadziej niż 1 x w roku ____**1 pkt.**

- częściej niż 7/ rok _____**0 pkt**.

5. Stan neurologiczny w okresie międzyrzutowym (przy rozpoczynaniu leczenia)

- objawy nieznacznie upośledzające układu ruchu (chory samodzielnie chodzący)
- EDSS 0 - 2_____ **6 pkt**
- EDSS 2 - 4 _____**3 pkt**
- EDSS 1 - 5_____**2 pkt**
- EDSS >5_____**1 pkt**

8. Kryteria wykluczenia z programu,

• nadwrażliwość na interferon;

• współtowarzysząca inna postać choroby;

• ciąża;

• zdekompensowana niewydolność wątroby - (*enzymy wątrobowe 2x powyżej normy*)

• depresja;

• padaczka.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

• informacje dotyczące monitorowania leczenia w programie;

• informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Każdorazowe zastosowanie leku musi być potwierdzone stosowną adnotacją w dokumentacji medycznej prowadzonej przez oddział/poradnię albo współpracującą z ośrodkiem realizującym program pielęgniarkę środowiskową.

Przystępując do leczenia interferonem beta pacjenci powinni podpisać zgodę na leczenie po wcześniejszym zapoznaniu się z informacjami dla pacjenta.

10. Monitorowanie wyników programu

Celem monitorowania wyników programu jest zbieranie i przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego;
- udokumentowane rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia interferonem beta;
- datę rozpoczęcia leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie zakończenia leczenia;
- zastosowane dawkowanie interferonu beta;
- informację o sumarycznej dawce interferonu beta wykorzystanego w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia)
- ocenę wyników leczenia (stopień uzyskanej poprawy i nasilenia działań niepożądanych)
- ocenę zmian w badaniu rezonansu magnetycznego.

Powyższe dane należy przekazywać do Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, co 6 miesięcy.

określenie czasu leczenia w programie.

Leczenie trwa do 24 miesięcy.

11. Warunki Realizacji Programu:

Wysokospecjalistyczny oddział neurologiczny z wieloletnim doświadczeniem w leczeniu SM z przyszpitalną poradnią dla chorych na SM;

• gabinet zabiegowy w poradni lub oddziale neurologii.

Kwalifikacje personelu:

- • co najmniej 2 lekarzy specjalistów z neurologii;
- • co najmniej 2 pielęgniarki zabiegowe z kilkuletnim stażem pracy w placówkach o profilu neurologicznym
- sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WZW TYPU B LAMIWUDYNĄ

2. Dziedzina medycyny:

Choroby zakaźne

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**Lamiwudyna**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	tabletki 100 mg,
3) dawkowanie:	100 mg/dobę Redukcja dawki do 50 mg/dobę przy niewydolności nerek

4. Opis problemu zdrowotnego

B 18.1 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B, również ze współistniejącym zapaleniem typu C.

Czynniki ryzyka:

W Polsce nadal 55-60% zakażeń HBV spowodowanych jest kontaktem ze służbą zdrowia. Do zakażenia może dojść również drogą krwiopochodną, drogą kontaktów seksualnych i matczyno-płodową. Następną dużą grupą narażoną na zakażenie HBV są czynni narkomani przyjmujący preparaty dożylne.

Przebieg choroby.

Szacuje się, że na świecie ok. 2 miliardy ludzi miało kontakt z HBV, a ponad 350 milionów choruje na przewlekłe WZW B, z czego ok. 15-25% może umrzeć z powodu niekorzystnego przebiegu i skutków tego zakażenia – marskości wątroby lub pierwotnego raka tego narządu.

Rokowanie.

Ryzyko rozwoju marskości wątroby w przebiegu przewlekłego zakażenia HBV jest oceniane średnio na 10%. Ryzyko rozwoju raka wątrobowo-komórkowego występuje u wszystkich zakażonych HBV.

***Epidemiologia* (dane dla Polski za rok 2004).**

Polska należy obecnie do krajów o niskiej częstotliwości występowania zakażenia HBV. Po wprowadzeniu szczepień i upowszechnieniu sprzętu jednorazowego użytku nastąpił znaczący

spadek świeżych zakażeń. Współczynnik zapadalności na WZW typu B w latach 80 wynosił 42-45/ 100 tys. mieszkańców, pod koniec lat 90 spadł do 12,5 /100 tys., w 2004 roku wynosił 3,86/100 tys. mieszkańców. Wg aktualnych danych PZH i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii nosicielstwo wirusa w populacji polskiej wynosi 1,5%.

5. Opis działania leku

Preparat z grupy analogów nukleozydowych, hamuje replikację wirusa.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- zahamowanie replikacji HBV DNA;
- remisja lub spowolnienie procesu zapalnego i włóknienia
- normalizacja biochemicznych wykładników funkcji wątroby
- zmniejszenie ryzyka rozwoju następstw zakażenia HBV

7. Kryteria włączenia do programu,

Przewlekłe zapalenie wątroby

- obecność antygenu HBs powyżej 6 miesięcy
- chorzy z HBe Ag (+) DNA HBV $\geq 10^5$ kopii/ml
- chorzy z HBe Ag (-) DNA HBV $\geq 10^4$ kopii/ml
- utrzymująca się podwyższona aktywność aminotransferaz
- zapalenie wątroby i włóknienie w obrazie histopatologicznym wątroby; w uzasadnionych przypadkach (przeciwwskazania do wykonania biopsji) należy odstąpić od biopsji wątroby
- wiek powyżej 18 r.ż., zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego

Marskość wątroby

- chorzy z marskością wątroby HBs Ag (+) potwierdzoną klinicznie lub w oparciu o wynik biopsji wątroby
- DNA HBV $\geq 10^4$ kopii/ml leczenie we wszystkich przypadkach
- DNA HBV $\leq 10^4$ kopii/ml – leczenie przy podwyższonej aktywności AlAT i/lub stwierdzenia aktywnej marskości w obrazie morfologicznym wątroby
- chorzy z niewydolnością wątroby, w tym oczekujący na przeszczep
- leczenie zakażenia HBV po przeszczepie

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- wystąpienie objawów nadwrażliwości lub nietolerancji na lamiwudynę
- wzrost wiremii o 1 log $_{10}$
- wykrycie mutanta YMDD

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Monitorowanie stanu chorego:

Tydzień 0:

- Morfologia;
- AlAT, AspAT
- Wskaźnik protrombinowy
- Kreatynina
- AFP

Tydzień 4,12, 24, 48 i dalej co 12 tygodni

- Morfologia
- AlAT
- Kreatynina

Tydzień 24,48 i dalej co 12 tygodni

- HBsAg
- HBeAg
- p/ciała anty HBe
- HBV DNA (test ilościowy) metodą PCR

Dodatkowo w 48 tyg:

- Wskaźnik protrombinowy
- Proteinogram
- USG jamy brzusznej
- AFP
- oznaczenie mutanta YMDD w wypadku braku spadku wiremii HBV DNA, klinicznym zaostrzeniu choroby (istotny wzrost ALAT), wzroście poziomu HBV DNA po uprzednim jego spadku

10. Monitorowanie wyników programu,

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje:

- informacje dotyczące monitorowania leczenia w ramach programu (wyniki badań)

- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Przystępując do leczenia w programie pacjent powinien podpisać:

- zgodę na leczenie lamiwudyną;
- zgodę na wyłączenie z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wykluczających
- oświadczenia o zapoznaniu się informacją o leku dla pacjenta;
- każdorazowe wydanie leku musi być udokumentowane stosowną adnotacją w dokumentacji medycznej, wskazującą ilość wydanego leku potwierdzoną przez lekarza prowadzącego oraz podpisem pacjenta.

Celem monitorowania wyników programu konieczne jest zbieranie i przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego;
- datę rozpoczęcia leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o sumarycznej dawce lamiwudyny wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia)

Powyższe dane należy przekazywać do Oddziału Wojewódzkiego NFZ, zbiorczo, co 6 miesięcy w formie zakresu danych określonych Załącznikiem 1 PZW B oraz Załącznikiem 2 PZW C, załączonych poniżej:

Załącznik 1

PZW B
Ośrodek…….
PESEL……
Przed leczeniem:
HBsAg + / -
HBeAg. + / -
Anty HBe . + / -
HBV DNA miano /metoda/
ALAT
Marskość TAK NIE
Wynik biopsji wątroby w skali Scheuer'a (o ile została wykonana)
Data rozpoczęcia leczenia
Data zakończenia leczenia
Terapia pierwsza /kolejna

W trakcie leczenia co 6 miesięcy
HBs Ag + / -
HBeAg + / -
Anty HBe + /-
HBV DNA miano /metoda/
ALAT Mutanty YMDD obecne TAK NIE

Załącznik 2

PZW C	
Ośrodek	
PESEL	
Genotyp HCV	
Wiremia w dniu „0" – ilościowa	
Pierwsza terapia – reterapia	
Wynik biopsji wątroby – w skali Scheuer'a	
Waga …	
Zastosowany lek	Peg Intron
	Pegasys
	Interferon rekombinowany
	Naturalny
Rybawiryna dawka ……mg/dobę	
Wiremia (ilościowa) w tygodniach 12 , 24 (z genotypem 2 i 3), 48 i 72	
Przyczyny przerwania leczenia	
1. działania uboczne –	
niedokrwistość	
neutropenia	
małopłytkowość	
depresja	
zapalenie tarczycy	

2 . nieskuteczność
3. inne (jakie?)

Określenie czasu leczenia w programie.

- Po 6 miesiącach wykonuje się pierwsze badanie kontrolne markerów: HBsAg, HBeAg, anty –HBe i PCR HBV DNA (metoda ilościowa).

- U pacjentów HBeAg (+) leczenie należy zakończyć po wystąpieniu ujemnych wyników HBV DNA potwierdzonych w dwóch badaniach wykonanych w odstępach co najmniej 3 miesięcy.

- U pacjentów HBeAg (-) leczenie należy zakończyć po uzyskaniu dwukrotnie ujemnych wyników HBV DNA potwierdzonych w dwóch badaniach wykonanych w odstępach co najmniej 3 miesięcy.

- Leczenie należy zakończyć w przypadku wystąpienia któregokolwiek z kryteriów wykluczenia.

- U chorych z marskością wyrównaną leczenie należy prowadzić do zaniku HBV DNA (PCR), potwierdzonego dwoma badaniami w odstępie co najmniej 3 miesięcy

- U chorych z marskością niewyrównaną leczenie należy prowadzić do zaniku HBV DNA (PCR), potwierdzonego dwoma badaniami w odstępie co najmniej 3 miesięcy lub do momentu ortotopowego przeszczepienia wątroby, kiedy otrzymuje lek zgodnie z zasadami dla osób po przeszczepie wątroby;

- W przypadku pacjentów po przeszczepie wątroby terapię należy stosować bez ograniczeń czasowych.

- W przypadku stwierdzenia nieskuteczności lamiwudyny (mutant YMDD) należy rozważyć leczenie z użyciem innych analogów nukleozydowych/ nukleotydowych lub interferonu .

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział chorób zakaźnych lub współpracująca z odziałem chorób zakaźnych poradnia: chorób zakaźnych; hepatologiczna; leczenia wzw, transplantacyjna (wyłącznie w przypadku pacjentów po przeszczepach narządów unaczynionych), zapewniająca możliwość stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia działań niepożądanych.

Konieczne jest zapewnienie dostępu do badań:

- USG jamy brzusznej
- RTG
- EKG
- biochemicznych krwi
- serologicznych
- wirusologicznych

Kwalifikacje personelu

- przynajmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu chorób zakaźnych; lub przynajmniej 2 lekarzy specjalistów transplantologów, w przypadku realizacji programu przez poradnię transplantacyjną,
- co najmniej 2 pielęgniarki.

1. Nazwa programu:

ZASTOSOWANIE ABCIXIMABU U CHORYCH ZE ŚWIEŻYM ZAWAŁEM SERCA Z UNIESIENIEM ST PODDANYCH ANGIOPLASTYCE WIEŃCOWEJ

2. Dziedzina medycyny:

Kardiologia

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**abciximab (inhibitor płytkowy IIB/IIIA)**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	roztwór do wstrzyknięć i.v. - fiol. a 10 mg w 5 ml, a 40 mg w 20 ml;
3) dawkowanie:	0,25 mg/kg m.c. w szybkim wstrzyknięciu dożylnym (bolus), potem 0,125 µg/kg m.c./min. w ciągłym wlewie dożylnym (nie więcej niż 10 µg/min) przez 12 godzin.

4. Opis problemu zdrowotnego

Abciximab zastosowany w świeżym zawale serca (wg ICD 10 – I 21) z uniesieniem ST (OZW) u chorych poddanych angioplastyce wieńcowej.

Przebieg choroby.

Koronaroplastyka w zawale serca jest istotnym elementem wtórnej profilaktyki choroby niedokrwiennej serca. Ze względu na wysoką skuteczność znacznie zmniejsza śmiertelność i chroni większość pacjentów tak leczonych od trwałego kalectwa oraz ciężkich następstw zawału serca łącznie z pozawałową niewydolnością serca. Skróceniu ulega czas hospitalizacji oraz konieczność ponownych hospitalizacji, co ma istotny wpływ na obniżenie kosztów leczenia. Ponadto, tak leczeni pacjenci po krótkim okresie rehabilitacji (ok. 14 dni) mogą w większości przypadków wrócić do poprzednio wykonywanej pracy.

Angioplastyka jest korzystną alternatywą w stosunku do reperfuzji farmakologicznej. Wpływa na zmianę odpowiedzialną za zawał, usuwa zwężenie, prowadzi do zmniejszenie

reokluzji, a w skojarzeniu z abciximabem poprawia perfuzję na poziomie mikrokrążenia oraz redukuje częstość okołozabiegowych zawałów serca.

Rokowanie.

Chorzy z ostrym zespołem wieńcowym z uniesieniem ST nie leczeni za pomocą reperfuzji mają niekorzystne rokowanie. Należy dążyć do zastosowania tego leczenia w możliwie najszerszej grupie chorych podejmując wielostronne działania organizacyjne i edukacyjne, aby skrócić czas od początku objawów do wykonania pierwotnej angioplastyki z podaniem abciximabu. Dzięki szerokiemu stosowaniu pierwotnej angioplastyki i abciximabu można spodziewać się zmniejszenia liczby powikłań sercowo-naczyniowych (w tym śmiertelności) średnio o 30 – 40 %.

Epidemiologia.

W 2004 r. stwierdzono blisko 200/100 000 ludności zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca. Śmiertelność wewnątrzszpitalna pacjentów leczonych trombolitycznie z powodu STEMI, co w warunkach polskich oznaczało podanie streptokinazy, wyniosła aż 17.3% w porównaniu do 3.8% u chorych leczonych za pomocą zabiegu pierwotnej angioplastyki. Dalsza poprawa rokowania pacjentów ze STEMI leczonych za pomocą zabiegów pierwotnej angioplastyki wieńcowej jest związana ze stosowaniem wspomagania farmakologicznego, m.in. przy pomocy abciximabu. Z randomizowanych, wieloośrodkowych badań wynika, że zastosowanie abciximabu zmniejsza prawdopodobieństwo kolejnego pilnego zabiegu rewaskularyzacji, kolejnego zawału serca oraz prawdopodobnie zgonu.

5. Opis działania leku

Abciximab jest fragmentem Fab chimerycznego przeciwciała monoklonalnego 7E3, skierowanego przeciw receptorowi glikoproteinowemu GPIIb/IIIa, znajdującemu się na powierzchni ludzkich płytek krwi. Abcyksymab hamuje agregację płytek zapobiegając wiązaniu fibrynogenu, czynnika von Willebranda i innych cząsteczek adhezyjnych do receptorów glikoproteinowych GPIIb/IIIa na aktywowanych płytkach. Abcyksymab wiąże się też z receptorem witronektynowym znajdującym się na płytkach krwi i komórkach śródbłonka. Receptor witronektynowy wpływa na prokoagulacyjne właściwości płytek krwi oraz zdolność proliferacyjną komórek śródbłonka i mięśni gładkich naczyń. Dzięki swojej

podwójnej swoistości abciximab skuteczniej od związków hamujących tylko receptory GPIIb/IIIa blokuje nasiloną generację trombiny występującą po aktywacji płytek krwi.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

• zmniejszenie liczby powikłań sercowo – naczyniowych (w tym śmiertelności) u chorych ze świeżym zawałem serca leczonych za pomocą pierwotnej angioplastyki wieńcowej;

• zmniejszenie odsetka osób niepełnosprawnych po przebytym zawale serca, pozwalające na powrót chorych do czynnego życia i pracy zawodowej.

7. Kryteria włączenia do programu.

Pacjenci ze świeżym zawałem serca z uniesieniem odcinka ST lub świeżym blokiem odnogi p. Hisa w badaniu elektrokardiograficznym wymagający natychmiastowego wykonania angioplastyki wieńcowej w zabezpieczeniu lekiem blokującym receptor IIb/IIIa (abciximabem), kierowani w trybie pilnym.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

• Nadwrażliwość na abciximab, inne składniki leku lub na mysie przeciwciała monoklonalne.

• Czynne krwawienie wewnętrzne, przebyty w ciągu ostatnich dwóch lat udar naczyniowy mózgu. Przebyty w ciągu ostatnich dwóch miesięcy uraz czaszki, zabieg chirurgiczny w obrębie czaszki, lub inny duży zabieg chirurgiczny.

• Nowotwór wewnątrzczaszkowy, wady rozwojowe układu naczyniowego lub tętniaki.

• Rozpoznana skaza krwotoczna.

• Ciężkie, nie poddające się leczeniu nadciśnienie.

• Trombocytopenia.

• Zapalenie naczyń.

• Retinopatia w przebiegu nadciśnienia lub cukrzycy.

• Ciężkie uszkodzenie nerek lub wątroby.

9. Monitorowanie wyników leczenia i wyników programu

Monitorowanie wyników leczenia i wyników programu odbywa się przez oddział kardiologiczny z pracownią kardiologii interwencyjnej. W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informacje dotyczące monitorowania leczenia;
- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu raz na 6 miesięcy następujących danych:

• PESEL chorego;

• rozpoznanie choroby podstawowej;

• wskazania do leczenia abciximabem;

• daty rozpoczęcie leczenia ;

• informację o przyczynie przerwania terapii;

• zastosowane dawkowanie abciximabu ;

• osiągnięty efekt terapeutyczny

Warunki Realizacji Programu:

Oddział kardiologiczny z pracownią kardiologii interwencyjnej.

- Minimum 3 lekarzy ze specjalizacją z zakresu kardiologii.
- Wykwalifikowany personel pielęgniarski (co najmniej 2 pielęgniarki) z doświadczeniem w pracy na oddziale kardiologicznym.
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW INFLIXIMABEM

2. Dziedzina medycyny:

Reumatologia

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	infliximab
2) postać farmaceutyczna, dawka:	proszek do sporządzenia koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji100 mg.
3) dawkowanie:	3mg/kg mc podawane w infuzji dożylnej trwającej ponad 2 godziny.

Kolejne infuzje w dawce 3 mg/kg m.c. podawane są po 2 i 6 tygodniach od pierwszej infuzji, a następnie co 8 tygodni.
Leczenie infliximabem wymaga równoczesnego podawania methotreksatu.

4. Opis problemu zdrowotnego

M 05 Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów

Przebieg choroby.

Przebieg choroby jest uwarunkowany wzajemnym oddziaływaniem na organizm elementów inicjujących proces chorobowy oraz mechanizmów odpowiedzialnych za jego rozwój. Komórki stale obecne w stawie, tj. fibroblasty, makrofagi i komórki dendrytyczne, poddawane są działaniom komórek infiltrujących błonę maziową stawu, limfocytów T i B, monocytów i mastocytów. Interakcja między różnymi komórkami a tkanką błony maziowej wyzwala działanie cząsteczek adhezyjnych, które biorą udział w dalszych oddziaływaniach międzykomórkowych oraz w prezentacji antygenu, sekrecji cytokin i enzymów odpowiedzialnych za degradację macierzy.

Rokowanie.

W rokowaniu należy uwzględnić, jaki przebieg będzie miała choroba (skłonność do remisji zapalenia błony maziowej, rozwój niepełnosprawności, pojawienie się nadżerek kostnych) oraz czy nie będzie miała wpływu na przedwczesną umieralność. Duże znaczenie wśród czynników, które można brać pod uwagę jako przyczyniające się do zwiększonego ryzyka występowania chorób układu krążenia i powikłań w grupie chorych z RZS, wymieniamy: zwiększone stężenie CRP, zaburzenia lipidowe u chorych z RZS, zwiększone stężenie homocysteiny, stosowanie kortykosteroidów, czynnik reumatoidalny, palenie, ciężki przebieg choroby, mała aktywność fizyczna.

Epidemiologia.

Reumatoidalne zapalenie stawów jest rozpoznawane u osób powyżej 16 roku życia. Częstość choroby jest szacowana na około 1-2 % populacji. Kobiety chorują 2-4 częściej niż mężczyźni.

5.Opis działania leku

Infliksimab jest chimerycznym ludzko-mysim przeciwciałem monoklonalnym, wiążącym się z dużym powinowactwem zarówno z rozpuszczalną, jak i transbłonową formą ludzkiego czynnika martwicy nowotworu alfa (TNFα - tumor necrosis factor) ale nie wiążącym się z limfotoksyną α (TNFα). Zwiększone stężenie TNFα oznaczane w stawach pacjentów chorych na RZS korelowało z większą aktywnością choroby. W RZS leczenie infliksimabem zmniejszało naciek komórek zapalnych do objętych stanem zapalnym stawów, jak również ekspresję cząsteczek odpowiedzialnych za adhezję komórkową i degradację tkanek. Po leczeniu infliksimabem występowało u pacjentów zmniejszenie stężenie interleukiny 6 (IL-6) i białka C-reaktywnego w surowicy w porównaniu do wyników wyjściowych.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- uwolnienie chorego od bólu i innych objawów towarzyszących zapaleniu,
- zapobieganie strukturalnemu uszkodzeniu stawów i tkanek okołostawowych, których następstwem może być niepełnosprawność,
- utrzymanie fizycznej i psychicznej równowagi,

- redukowanie wzrostu umieralności związanej z toczącą się chorobą.

7. Kryteria włączenia do programu,

- pewne rozpoznanie reumatoidalnego zapalenia stawów w odniesieniu do kryteriów ARA z 1998r;
- chorzy z obecnością czynników prognostycznych przemawiających za agresywnym przebiegiem choroby tj. z obecnością wczesnych nadżerek, zapaleniem naczyń, zapaleniem naczyniówki oka i innymi objawami pozastawowymi, szybkim zajęciem dużych stawów, obecnym wysokim mianem czynnika reumatoidalnego;
- niepowodzenie w leczeniu przynajmniej dwoma tradycyjnymi lekami modyfikującymi przebieg choroby, w tym terapii metotreksatem w dawce 17.5 mg/ tydzień (o ile nie było objawów nietolerancji), przez okres przynajmniej 3 miesięcy;
- brak nadwrażliwości na infliksimab;
- wykluczenie gruźlicy (RTG klatki piersiowej, próba tuberkulinowa);
- wiek powyżej 18 roku życia;
- stopień aktywności schorzenia określony jako obecność 6 lub więcej bolesnych, 6 lub więcej obrzękniętych stawów z maksymalnych 28 stawów wg zmodyfikowanej skali Ritchie'go oraz sztywność poranna > 30 minut, stężenie we krwi CRP > 2.0 mg%, i OB.> 28mm/h;
- pacjentka powinien wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliximabu.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- stwierdzenie ciąży;
- alergia na lek;
- niewydolność serca (powyżej II klasy NYHA) ;

- przebyte infekcje, takie jak: zapalenie wątroby, płuc, śródmiąższowe zapalenie nerek w ciągu ostatnich 3 miesięcy;

- przebyte zakażenia oportunistyczne w ciągu ostatnich 2 miesięcy / Np. półpasiec/**,** aktywne infekcje Cytomegalowirusem, Pneumocystis carini, opornych na leki atypowych mykobakterii itp., zakażenie gruźlicze;

- udokumentowana infekcja HIV;

- nasilenie się objawów niewydolności serca, płuc, nerek, wątroby w trakcie leczenia;

- stwierdzone schorzenia układu nerwowego, endokrynologicznych, hematologicznych, psychicznych;

- stwierdzone stany przedrakowe, choroby nowotworowe, także rozpoznane i wyleczone w ciągu ostatnich 5 lat;

- obecność choroby alkoholowej, poalkoholowego uszkodzenia wątroby lub obecność każdej innej przewlekłej choroby wątroby;

- brak efektów leczenia po 6 miesiącach.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Obejmuje ocenę odpowiedzi na leczenie.

- badanie podmiotowe i przedmiotowe;

- morfologia krwi z rozmazem raz w miesiącu przez pierwsze 3 miesiące terapii, a następnie co 3 miesiące w trakcie dalszej terapii;

- Badanie laboratoryjne:

    - CRP;
    - OB;
    - kreatynina,

Badania wykonuje się raz na 3 miesiące.

- Rtg stawów dłoni i stóp (raz na 6 miesięcy) oraz klatki piersiowej (raz na 12 miesięcy)

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informacje dotyczące monitorowania leczenia;
- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowania wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu raz na 6 miesięcy następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia infliximabem ;
- daty rozpoczęcia leczenia;
- daty zakończenia leczenia;
- informacji o przyczynie przerwania terapii;
- zastosowane dawkowanie infliximabu ;
- informację o sumarycznej dawce infliximabu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- wystąpienie działań niepożądanych;
- ocenę wyniku leczenia - standardowy kwestionariusz HAQ, skala VAS bólu i skala VAS aktywności choroby dokonana przez chorego i niezależnie przez lekarza, index Ritchie 28 stawowy, czas sztywności porannej, początkową i okresową ocenę stadium funkcjonalnego chorego;
- ocenę wyników leczenia wg skali DAS 28.

Skala DAS 28 (Disease activity score) - wskaźnik aktywności choroby dla 28 stawów.

wzór na wyliczenie wskaźnika jest następujący:

DAS28 = 0,56x√(LBS28) + 0,28x√(LOS28) + 0,70xLn(OB) + 0,014 x (WSAC)

w którym:

LBS - oznacza liczbę bolesnych stawów z 28 możliwych

LOS - oznacza liczbę obrzękniętych stawów z 28 możliwych

OB. - wartość odczynu opadania krwinek czerwonych po 1 godzinie, zaś ln – oznacza logarytm naturalny

WSAC - wizualna skala aktywności choroby – jest to ocena ogólnego stanu zdrowia dokonana przez pacjenta wyrażona w mm na skali od 0 do 100 mm, w którym: 0 – oznacza całkowity brak aktywności, zaś 100 mm – najbardziej maksymalnie zły stan zdrowia.

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

- Szpitalny oddział reumatologiczny z poradnią reumatologiczną
- Pracownia RTG;
- Pracownia USG z możliwością diagnostyki stawów;
- Możliwość przeprowadzenia badań immunoenzymatycznych.

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu reumatologii,
- co najmniej 2 pielęgniarki
- sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE SEPSY AKTYWOWANYM BIAŁKIEM C

2. Dziedzina medycyny:

Anestezjologia i Intensywna Terapia

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej:	**drotrekogina alfa (aktywowana)**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	subst. sucha do przygotowania roztworów i.v. fiolka 5 mg,
3) dawkowanie:	24 µg/kg m.c./godz w ciągłym wlewie dożylnym przez 96 godzin drotrekogina alfa (aktywowana) jest aktywowaną, rekombinowaną postacią ludzkiego białka C

4. Opis problemu zdrowotnego

Ciężka sepsa leczona w oddziale intensywnej terapii

Przebieg choroby.

Sepsa to zespół określonych objawów chorobowych, spowodowany gwałtowną reakcją organizmu na infekcję, prowadzącą do postępującej niewydolności wielu narządów i śmierci. Ciężka sepsa to sepsa z towarzyszącą ostrą niewydolnością narządów. Patomechanizm sepsy polega na wytworzeniu się uogólnionego stanu zapalnego, który nasila proces krzepnięcia oraz hamuje fibrynolizę. Aktywacja zmian zakrzepowych i antyfibrynolitycznych powiększa z kolei reakcję zapalną. W ten sposób powstaje błędne koło zmian patologicznych, prowadzące do wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, niewydolności wielonarządowej i śmierci. Im szybciej zostanie przerwane błędne koło potęgujących się reakcji zapalnej i zakrzepowej, tym większa szansa powodzenia leczenia sepsy.

Rokowanie.

Rokowanie w ciężkiej sepsie jest bardzo poważne. Śmiertelność w tym zespole chorobowym jest uzależniona od dynamiki choroby i liczby niewydolnych narządów. Zgodnie z dostępnymi polskimi danymi (Rejestr ciężkiej sepsy w OIT) śmiertelność wynosi około 56% w całej populacji chorych wprowadzonych do Rejestru. Im większa liczba niewydolnych narządów tym większe ryzyko zgonu.

Epidemiologia.

Badanie ankietowe Polskiej Grupy Roboczej ds. Sepsy przeprowadzone w 2002 r. wykazało, że w Polsce ciężka sepsa stanowi znaczący problem dla OIT. Występuje u ok. 20% chorych tam leczonych. Śmiertelność u tych chorych w Polsce utrzymuje się od wielu lat na bardzo wysokim poziomie i wynosi 55-60%.

5. Opis działania leku

Aktywowane białko C wpływa bezpośrednio na patomechanizm sepsy, wywierając kompleksowe działanie na poszczególne jego składowe. Działając przeciwzakrzepowo, fibrynolitycznie i przeciwzapalnie, poprawia funkcję niewydolnych narządów i istotnie zmniejsza ryzyko zgonu. Istotnym dla terapii elementem jest czynnik czasu - leczenie należy rozpocząć możliwie szybko po ustaleniu rozpoznania tak, aby ingerując w patomechanizm sepsy, nie dopuścić do rozwoju lub pogłębienia się ostrej dysfunkcji narządowej.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- zmniejszenie śmiertelności o 20% u chorych z ciężką sepsą z towarzyszącą niewydolnością narządową, leczonych w OIT ;
- skrócenie czasu stosowania oddechu zastępczego;
- skrócenie czasu stosowania leków wazoaktywnych;
- szybsza normalizacja parametrów krzepnięcia krwi.

7. Kryteria włączenia do programu,

Wskazaniem do zastosowania jest ciężki, zagrażający życiu, stan chorego wywołany uogólnioną reakcją organizmu na zakażenie. Reakcja ta powoduje wystąpienie niewydolności

podstawowych dla życia narządów (krążenia, oddychania i innych). Stan taki określany jest jako ciężka sepsa. Chory z objawami ciężkiej sepsy powinien być leczony w oddziale intensywnej terapii (OIT).

Lekarze podejmujący decyzję o zastosowaniu preparatu aktywowanego białka C oceniają korzyści i ryzyko zastosowania tego leku w oparciu o ustalone wskazania i przeciwwskazania. Określenie zasadności zastosowania aktywowanego białka C powinno być oparte na algorytmie potwierdzeń i wykluczeń dla identyfikacji pacjentów, klasyfikujących się do leczenia tym preparatem.

Chory powinien spełnić wszystkie poniższe kryteria:

- chory leczony w standardowych warunkach referencyjnego oddziału intensywnej terapii,
- istnieją potwierdzone mikrobiologicznie lub podejrzane klinicznie objawy zakażenia,
- istnieją objawy niewydolności (dysfunkcji) 2 lub więcej narządów, będące następstwem zakażenia i ogólnoustrojowej reakcji zapalnej.

Rozpoznanie ciężkiej sepsy – według kryteriów zamieszczonych w **załączniku nr 1**

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- czynne krwawienie wewnętrzne;
- masywne uszkodzenie mózgu;
- nowotwory mózgu;
- cechy wgłobienia mózgu;
- udar krwotoczny mózgu (w ostatnich 3 miesiącach);
- ciężki uraz czaszkowo-mózgowy (w ostatnich 3 miesiącach);
- zabiegi chirurgiczne w obrębie jamy czaszki lub rdzenia kręgowego (w ostatnich 3 miesiącach);

• tętniak mózgu;

• malformacje naczyń tętniczych lub żylnych;

• obecność cewnika w przestrzeni zewnątrzoponowej;

• bezpośredni okres po dużym zabiegu chirurgicznym (do 12 godzin);

• pacjenci po zabiegu operacyjnym, z objawami czynnego krwawienia;

• pacjenci po urazie ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia krwawienia;

• płytki krwi < 30 000 x 10^6/l nawet, jeśli liczba płytek wzrośnie po transfuzji;

• równoczesne stosowanie heparyny w dawkach leczniczych > 15 IU/kg/godz.;

• krwawienie z przewodu pokarmowego w ciągu ostatnich 6 tygodni, o ile nie został wykonany stosowny zabieg chirurgiczny;

• skaza krwotoczna (z wyjątkiem koagulopatii związanej z sepsą);

• przewlekła ciężka choroba wątroby;

• uczulenie na aktywowane białko C, poznane wcześniej.

Środki ostrożności:

W wymienionych poniżej sytuacjach aktywowane białko C może być podawane, jeśli przewidywane korzyści przewyższają ryzyko podawania leku:

• leczenie trombolityczne (w ciągu ostatnich 3 dni);

• podawanie doustnych antykoagulantów (w ciągu ostatnich 7 dni);

• podawanie kwasu acetylosalicylowego lub innych inhibitorów czynności płytek krwi (w ciągu ostatnich 7 dni);

• udar niedokrwienny mózgu (w ostatnich 3 miesiącach).

9., 10. Monitorowanie wyników leczenia i wyników programu,

Program rejestracji przypadków ciężkiej sepsy, leczonych w OIT (Polski Rejestr Ciężkiej Sepsy) prowadzony jest w oparciu o **Załącznik nr 2,** którego kopię należy przekazywać do oddziału wojewódzkiego NFZ po zakończeniu leczenia w OIT.

11. Warunki Realizacji Programu:

Oddział Intensywnej Terapii

Kwalifikacje personelu

Lekarze specjaliści i pielęgniarki w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, z doświadczeniem w leczeniu ciężkiej sepsy, pracujący w Oddziałach Intensywnej Terapii.

Każdorazowo zastosowanie leku powinno być zaakceptowane przez właściwego Konsultanta Wojewódzkiego z dziedziny Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Załącznik 1

Kryteria rozpoznania ciężkiej sepsy

1. Obecność lub podejrzenie zakażenia

a) Zakażenie potwierdzone mikrobiologicznie: identyfikacja patogennych mikroorganizmów w płynie ustrojowym, sterylnym w fizjologicznych warunkach,
b) Zakażenie podejrzane klinicznie: obecność leukocytów w normalnie sterylnym płynie ustrojowym, perforacja narządu wewnętrznego, obraz zapalenia płuc w badaniu RTG i obecność ropnej wydzieliny oskrzelowej, występowanie objawów związanych z dużym ryzykiem zakażenia.

2. Ogólnoustrojowa reakcja zapalna - 2 lub więcej z następujących objawów:

a) temperatura ciała powyżej 38°C lub poniżej 36°C,
b) częstość tętna powyżej 90/min,
c) częstość oddechu > 20/min lub $PaCO_2$ poniżej 32 mm Hg albo konieczność wentylacji mechanicznej z powodu ostrej niewydolności oddechowej w następstwie ciężkiej sepsy,
d) leukocyty we krwi obwodowej powyżej 12 tys./mm^3 lub poniżej 4 tys./mm^3 albo powyżej 10% neutrofili w obrazie różnicowym.

3. Obecność dysfunkcji narządowej, spowodowanej przez sepsę:

a) Układ krążenia:

Ciśnienie tętnicze skurczowe poniżej 90mmHg lub średnie poniżej 70mmHg, pomimo podawania płynów (powyżej 500ml krystaloidów lub powyżej 200ml koloidów) i przy właściwym stanie nawodnienia (OCŻ > 8mmHg) lub konieczność stosowania leków kurczących naczynia krwionośne dla utrzymania ciśnienia tętniczego na poziomie: skurczowe powyżej 90 mm Hg, średnie powyżej 70 mm Hg

b) Układ oddechowy:

Objawy ostrej niewydolności oddechowej określone przez PaO_2/F_1O_2 poniżej 250 lub przy pierwotnych chorobach płuc PaO_2/F_1O_2 poniżej 200.

c) Układ moczowy:

Diureza poniżej 0,5ml/kg/godz. mimo właściwego nawodnienia organizmu lub kreatynina w surowicy większa od górnego limitu normy laboratoryjnej x 2 (z wykluczeniem przewlekłej niewydolności nerek)

d) Układ hematologiczny:

Liczba płytek poniżej 100 000/mm^3 lub spadek płytek o 50% w porównaniu do wartości stwierdzonej w ciągu ostatnich 3 dni

e) Stan metabolizmu:

Poziom mleczanów > 1,5 x górny limit normy lub pH poniżej 7,30 lub BE przekraczające wartość -5 mE_q/l

/ koniec kryteriów rozpoznania ciężkiej sepsy /

Załącznik 2

pieczątka szpitala

Karta leczenia chorego preparatem
rekombinowane ludzkie aktywowane białko C

Chory ……...
imię i nazwisko

Oddział ……...

Kobieta ☐ **Mężczyzna** ☐ **Wiek** ☐☐ **Oddz. Woj. NFZ** ☐

Nr historii choroby pacjenta ☐ **PESEL** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Data przyjęcia do OIT: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐
dzień *miesiąc* *rok*

Wcześniejszy pobyt (*przed OIT*): Izba Przyjęć ☐ **Inny Oddział** ☐ **Inny Szpital** ☐

Rozpoznanie: Ciężka sepsa (zakażenie + ostra niewydolność narządowa)

1. **Zakażenie (potwierdzone lub podejrzewane) [TAK] / [NIE]**
2. **Ostra niewydolność narządowa:**

a. Układ krążenia [TAK] / [NIE]
b. Układ oddechowy [TAK] / [NIE]
c. Nerki [TAK] / [NIE]
d. Układ metaboliczny [TAK] / [NIE]
e. Układ hematologiczny [TAK] / [NIE]
f. Choroby towarzyszące
……
……
…..……..

Waga ciała (w kg):.....

Wyliczona ilość leku w mg wg wzoru (masa ciała w kg x 24µg x 96 godz.):..... (z zaokrągleniem do 5 mg) Data rozpoczęcia podania leku (dd:mm:rrrr).....godz.....min.....
Data zakończenia podania leku (dd:mm:rrrr).....godz.....min.....

Zastosowane postacie leku

Aktywowane białko C **fiolki 5mg-ilość** ☐ **fiolki 20 mg -ilość** ☐
☐ ☐

Wypis z OIT: **Inny Oddział** ☐ **Inny Szpital** **Dom** ☐
Zmarł

Komentarz, wagi
…….....
....
…….....
...
Podano zaplanowaną dawkę leku **[TAK] / [NIE]**
Jeżeli NIE to z jakiego powodu
:….....

……
.....

Pieczątka i podpis Ordynatora OIT

Pieczątka i podpis KonsultantaWojewódzkiego

1. Nazwa programu:

LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PNN U PACJENTÓW NIEDIALIZOWANYCH

2. Dziedzina medycyny:

Nefrologia

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

Darbepoetyna alfa

1) nazwa substancji czynnej	**darbepoetyna alfa**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	roztwór do wstrzykiwań 10 µg, 20 µg, 40 µg
3) dawkowanie i ilość leku/kurację	10 µg 1 x w tygodniu, 20 µg - 1 x na dwa tygodnie, 40 µg - 1 w miesiącu

Epoetyna beta

1) nazwa substancji czynnej	**rekombinowana ludzka erytropoetyna beta**
2) postać farmaceutyczna, dawka	fiolka a 2 000 j.m. lub wkład do automatycznego podawania z możliwością podania dawki 2 000 j.m.
3) dawkowanie:	2 000 j.m.1 x w tygodniu s.c. (średnia dawka tygodniowa dla pacjenta w danym ośrodku prowadzącym program)

Epoetyna alfa

1) nazwa substancji czynnej	**rekombinowana ludzka erytropoetyna alfa**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	fiolka a 2 000 j.m. lub wkład do automatycznego podawania z możliwością podania dawki 2 000 j.m.
3) dawkowanie i ilość leku/kurację:	2 000 j.m.1 x w tygodniu i.v. (średnia dawka tygodniowa dla pacjenta w danym ośrodku prowadzącym program)

3. Opis problemu zdrowotnego

N 18 – przewlekła niewydolność nerek

Przebieg choroby.

U większości pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN), gdy wielkość filtracji kłębuszkowej (GFR) zmniejsza się poniżej 20-30 ml/min stwierdza się niedokrwistość. Ogranicza ona wydolność organizmu i pogarsza jakość życia chorych. Wystąpienie niedokrwistości jest dowodem nieskuteczności prewencji mocznicy. Następstwem anemizacji są m. in. powikłania krążeniowe, zwłaszcza rozwój przerostu lewej komory serca, odpowiedzialne za zwiększoną śmiertelność w tej grupie chorych. W powstaniu niedokrwistości w PNN bierze udział wiele czynników. Spowodowana jest ona zarówno zmniejszonym wytwarzaniem krwinek czerwonych (RBC) jak i przyspieszonym ich rozpadem na obwodzie. Najważniejszym jednak mechanizmem odpowiedzialnym za jej powstanie jest zmniejszona aktywność erytropoetyczna szpiku, wynikająca z „czynnościowego" niedoboru erytropoetyny (EPO).

Rokowanie.

Przewlekła niewydolność nerek z biegiem czasu przechodzi w schyłkową niewydolność nerek, która wymaga włączenia u pacjenta leczenia nerkozastępczego. Czas od rozpoznania PNN do rozwinięcia SNN zależy od bardzo wielu czynników takich jak np: choroba podstawowa w przebiegu której wystąpiła PNN, czynniki środowiskowe.
W chwili obecnej przypuszcza się, że przewlekła niedokrwistość (niedotlenienie) leży u podstaw patogenezy włóknienia tkanki śródmiąższowej nerki i uszkodzenia nabłonka cewek proksymalnych, co w konsekwencji prowadzi do nieodwracalnego uszkodzenia funkcji nerek.
Znacznego stopnia niedokrwistość uznana została jako niezależny, odwracalny czynnik rokowniczy wpływający na śmiertelność chorych z PNN z powodu chorób układu krążenia. Ryzyko zgonu zwiększa się o 18% wraz z obniżeniem poziomu o każdy 1g/dl hemoglobiny, a śmiertelność jest wyższa 1,7 krotnie, jeżeli poziom hematokrytu wynosi mniej niż 25%.

Epidemiologia.

W 2003 roku liczba chorych z PNN na milion mieszkańców w Polsce, u których rozpoczęto leczenie dializami wynosiła 102,8.

5. Opis działania leku

Mechanizm pobudzania erytropoezy przez darbepoetynę alfa jest taki sam jak w przypadku hormonu endogennego. Z uwagi na większą zawartość węglowodanów, darbepoetyna alfa charakteryzuje się dłuższym całkowitym okresem półtrwania w porównaniu z r-HuEPO i mimo różnic w budowie cząsteczkowej darbepoetyna alfa wykazuje wysoką swoistość wobec receptora dla erytropoetyny.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- osiągnięcie docelowego poziomu Hb/Ht od 11g/dl/33% do 12g/dl/36% u pacjentów z PNN

7. Kryteria włączenia do programu,

- niedokrwistość ze stężeniem hemoglobiny < 11g/dl, (hematokryt < 30%) pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn, takich jak niedobór żelaza, krwawienia, hemoliza, zakażenia, zatrucie glinem i inne;
- upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR <30ml/min u pacjentów bez cukrzycy, a u chorych z cukrzycą mniej niż 45ml/min.
- Wiek powyżej 3 r.ż w przypadku preparatów zawierających alkohol benzylowy,
- Wiek powyżej 11 rż. w przypadku darbepoetyny.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- nadwrażliwość na składniki stosowanego preparatu;
- ciąża;
- wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

- cotygodniowe oznaczanie Hb/Ht jest zalecane po rozpoczęciu terapii oraz w czasie dostosowywania dawki;
- po osiągnięciu stabilnego docelowego Hb/Ht i ustaleniu dawki erytropoetyny wartości Hb/Ht powinny być oznaczane co najmniej 1 raz w miesiącu.

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- warunki włączenia do programu;
- informacje dotyczące monitorowania leczenia programem;
- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu, raz na 6 miesięcy następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do podawania epoetyny lub innych środków stymulujących erytropoezę;
- datę rozpoczęcia leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie zakończenia leczenia;
- zastosowane dawkowanie epoetyny lub innych środków stymulujących erytropoezę;

określenie czasu leczenia w programie.

Leczenie trwa do czasu rozwinięcia schyłkowej niewydolności nerek .

11. Warunki Realizacji Programu:

- Oddział nefrologiczny z poradnią nefrologiczną

MINIMALNE WYMOGI WYPOSAŻENIA I DOSTĘPU DO DIAGNOSTYKI

- posiadanie laboratorium analitycznego o pełnym profilu oraz innych zakładów lub pracowni niezbędnych do wdrażania i monitorowania terapii erytropoetyną.
- możliwość stałego monitorowania efektywności stosowanej terapii, z możliwością diagnozowania i leczenia powikłań oraz działań niepożądanych.

Kwalifikacje personelu:

- co najmniej 1 lekarz ze specjalizacją z zakresu nefrologii
- co najmniej 2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie chorób nerek i dializoterapii.

- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

świadczenia związane z realizacją programu lekowego, finansowane przez Fundusz w pozostałych rodzajach świadczeń,

- hospitalizacje z zakresu nefrologii,
- porada specjalistyczna.

1. Nazwa programu:

LECZENIE CHOROBY GAUCHER'A IMIGLUCERAZĄ

2. Dziedzina medycyny:

Pediatria.

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**imigluceraza**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	fiolka a 200j.m. i 400 j.m. - preparat do wlewów dożylnych
3) dawkowanie:	do 60 j.m./kg m.c., co 14 dni

Preparat jest podawany w postaci jedno-godzinych wlewów dożylnych w dawkach do 60 U/kg m.c. (jedna jednostka enzymu to ilość wystarczająca do katalizy jednego μM substratu jakim jest pNP-Glc/min przy temp. 37°C).

4. Opis problemu zdrowotnego

E 75 Choroba Gaucher'a u dzieci.

Patogeneza

Choroba Gauchera jest lizosomalną chorobą spichrzeniową Przyczyną choroby jest mutacja genu odpowiedzialnego za produkcję enzymu β-glukocerebrozydaza kwaśna, co w konsekwencji powoduje spichrzanie glukozylceramidu w komórkach układu siateczkowo-śródbłonkowego. Chorobę dziedziczy się w sposób autosomalny recesywny.

Przebieg choroby.

Klinicznie choroba objawia się powiększeniem śledziony i wątroby, niedokrwistością, pancytopenią, zniekształceniem, martwicą i zwiększoną łamliwością kości.

Istnieją trzy typy kliniczne choroby:

-I typ: nie-neuronopatyczny

-II typ: ciężka postać neurologiczna z uszkodzeniem tego układu (postać niemowlęca)

-III typ: neuronopatyczny, podostry (postać młodzieńcza)

Rokowanie.

Najgorszą prognozę ma postać II. Dzieci w okresie dojrzewania są nieco opóźnione, jednak osiągają wzrost i masę ciała zgodnie z predyspozycjami genetycznymi-jak u dzieci zdrowych.

Epidemiologia

Choroba występuje z częstością 1: 40 000 mieszkańców. Na podstawie danych z piśmiennictwa w Polsce jest około 30 dzieci z rozpoznaniem choroby Gaucher'a wymagających leczenia imiglucerazą. W roku 2005 programem objęto 58 pacjentów.

5. Opis działania leku

Imigluceraza jest formą β-glukocerebrozydazy otrzymywaną metodą rekombinacji genetycznej. Preparat jest odpowiednikiem brakującego enzymu i zapobiega gromadzeniu się produktów metabolicznych w narządach wewnętrznych zawierających komórki układu siateczkowo-śródbłonkowego.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- zatrzymanie progresji choroby;
- normalizacja stanu klinicznego;
- ograniczenie ilości i stopnia powikłań choroby Gaucher'a u chorych dzieci;
- umożliwienie prawidłowego rozwoju psychosomatycznego dzieci.

7. Kryteria włączenia do programu,

• stwierdzeniu braku lub niedoboru enzymu glukocerebrozydaza w leukocytach, potwierdzonie choroby testem genetycznym (DNA).

8. Kryteria wykluczenia z programu,

• wystąpienie objawów nadwrażliwości na imiglucerazę.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Badanie podmiotowe i przedmiotowe:

• waga i wzrost dziecka;

• parametry hematologiczne (w szczególności Hb, płytki) ;

• parametry biochemiczne (ALAT kwaśna i alkaliczna fosfataza, chitotriozydaza, angiotensyna, poziomy witaminy B12, E i D, cholesterolu);

• objętość wątroby i śledziony metodą USG lub TK;

• badanie stanu kośćca RTG lub rezonansu magnetycznego;

• w postaci III badania okulistyczne potencjały wywołane, MRI o.u.n., EEG, i psychologiczne **.**

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

• warunki włączenia do programu;

• informacje dotyczące monitorowania leczenia programem;

• informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Cały przebieg leczenia, diagnostyki i monitorowania leczenia należy udokumentować w historii choroby w formie indywidualnego protokołu.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu raz na 6 miesięcy następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia imiglucerazą;
- datę rozpoczęcia leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie zakończenia leczenia;
- zastosowane dawkowanie imiglucerazy;
- informację o sumarycznej dawce imiglucerazy wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- ocena wyników leczenia.

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Wysokospecjalistyczny oddział chorób metabolicznych dzieci, posiadający wieloletnie doświadczenie w leczeniu choroby Gaucher'a Miejscem podawania leku (w ramach podwykonawstwa) mogą być wybrane przez pacjentów oddziały pediatryczne, znajdujące się w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta i zaakceptowane przez Świadczeniodawcę, który będzie pełnił rolę koordynatora programu. Oddział, w którym pacjent otrzymuje lek musi posiadać:

- salę zabiegową z zestawem do leczenia p/wstrząsowego
- możliwość wykonania badań analitycznych przez całą dobę

Kwalifikacje osób udzielających świadczeń:

- Świadczeniodawca koordynujący program – co najmniej 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie pediatrii, z doświadczeniem w diagnozowaniu i leczeniu choroby Gaucher'a,

- co najmniej 2 pielęgniarki

- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z SOMATROPINOWĄ NIEDOCZYNNOŚCIĄ PRZYSADKI (SNP) HORMONEM WZROSTU

2. Dziedzina medycyny:

Pediatria

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

l) nazwa substancji czynnej	**rekombinowany ludzki hormon wzrostu**
2) postać farmaceutyczna	roztwór do iniekcji domięśniowych lub podskórnych
3) dawkowanie	0,1 - 0,33mg (0,3 -1,0 IU)/kg m.c. /tydz.

4. Opis problemu zdrowotnego - somatotropinowa niedoczynność przysadki - E 23

Somatotropinowa niedoczynność przysadki (SNP) (E 23) związana jest z niedostatecznym wydzielaniem hormonu wzrostu. Może występować jako izolowane schorzenie lub w powiązaniu z niedostatecznym wydzielaniem innych hormonów przysadki (wielohormonalna niedoczynność przysadki - WNP), prowadząc zarówno do upośledzenia wzrastania, jak i wielu innych zaburzeń, zależnych od rodzaju hormonów wydzielanych przez przysadkę lub podwzgórze w niedostatecznej ilości.

Patogeneza

W większości przypadków przyczyny pierwotnej, izolowanej somatotropinowej niedoczynności przysadki nie zostały w pełni poznane. Chociaż obrazowanie okolicy podwzgórzowo - przysadkowej (MRI lub TK z kontrastem) często uwidacznia u tych dzieci mniejszą wielkość przysadki, przerwaną jej szypułę lub inne nieprawidłowości tej okolicy, które mogą powodować taką sytuację, że ilość syntetyzowanego i/lub uwalnianego przez przedni płat przysadki hormonu wzrostu systematycznie zmniejsza się, prowadząc do upośledzenia wzrastania i niskorosłości oraz ujawnienia się innych, charakterystycznych dla tej jednostki chorobowej, nieprawidłowości. Do przyczyn wtórnej somatotropinowej niewydolności przysadki należą najczęściej choroby rozrostowe i "następstwa" ich terapii oraz urazy, stany zapalne i inne schorzenia prowadzące do anatomicznych i/lub czynnościowych uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego.

Przyczyny somatropinowej niedoczynności przysadki są zróżnicowane, mogą być wrodzone lub nabyte. Najczęściej SNP spowodowana jest nieprawidłowościami rozwoju

okolicy podwzgórzowo - przysadkowej i/lub uszkodzeniami tej okolicy w okresie ciąży i/lub porodu.

Postać nabyta występuje u ponad 1/3 dzieci i najczęściej spowodowana jest procesami rozrostowymi, szczególnie w obrębie ośrodkowego układu nerwowego i powikłaniami ich terapii, jak również urazami i innymi chorobami uszkadzającymi ośrodkowy układ nerwowy.

Przebieg choroby.

Zmniejszenie tempa wzrastania jest zasadniczym objawem sugerującym możliwość somatotropinowej niedoczynności przysadki. Chociaż w przypadku ciężkiej, wrodzonej SNP jedynym objawem sugerującym możliwość tej choroby mogą być ciężkie, nawracające stany hipoglikemii u noworodka i/lub niemowlęcia, szczególnie w przypadku, gdy stanom hipoglikemii towarzyszą wady linii pośrodkowej ciała.

Zmniejszone tempo wzrastania występuje tym wcześniej im większy jest niedobór hormonu wzrostu. Najczęściej jednak rodzice i lekarze zauważają, że dziecko jest niższe od rówieśników i wolniej rośnie w 3- 4 roku życia dziecka. Nie podjęcie leczenia hormonem wzrostu w tym okresie powoduje, że niedobór wzrostu pogłębia się, prowadząc nieuchronnie do skrajnej niskorosłości – karłowatości.

Pojawiają się również, początkowo dyskretne, nieprawidłowości metaboliczne, prowadzące po latach do trwałych, nieodwracalnych zmian, początkowo czynnościowych, a następnie strukturalnych, w obrębie wielu narządów i układów, takich jak: miażdżyca naczyń krwionośnych (od wczesnego dzieciństwa narastająca hipercholesterolemia, z dyslipidemią), upośledzenie funkcji lewej komory serca, prowadzące do niewydolności mięśnia sercowego oraz upośledzenie przepływu krwi przez naczynia szyjne, w efekcie prowadzące do udarów mózgu, jak również narastająca otyłość, osteoporoza i patologiczne złamania kośćca.

Rokowanie.

W przypadku somatotropinowej niedoczynności przysadki postępowaniem z wyboru jest jak najszybsze rozpoczęcie terapii z użyciem preparatów rekombinowanego, ludzkiego hormonu wzrostu. Przy zastosowaniu takiego leczenia rokowanie jest korzystne.

Epidemiologia

Wrodzona postać somatotropinowej niedoczynności przysadki występuje z częstością 1/3 500 - 1/10 000 urodzeń. Postać nabyta szacowana jest natomiast na ok. 1/3 przypadków niedoboru hormonu wzrostu u dzieci i młodzieży, a jej częstość zależy m.in. od efektywności leczenia chorób rozrostowych i przeżycia dzieci z „uszkodzeniami" ośrodkowego układu

nerwowego, szczególnie dzieci urodzonych z bardzo małą masą ciała.

5. Opis działania leku

Hormon wzrostu spełnia różną funkcję, zależnie od okresu rozwoju organizmu. W okresie wzrastania stymuluje wzrost i podziały komórek, w tym wzrost chrząstki, a za pośrednictwem chrząstki przynasadowej wzrost kości na długość. Stymuluje także podziały innych komórek. Moduluje również przebieg dojrzewania płciowego, wpływa na gospodarkę tłuszczową, węglowodanową i białkową, a ponadto gospodarkę wodno-elektrolitową, mineralizację szkieletu, układ mięśniowy i krążenia. Hormon wzrostu działa poprzez receptor błonowy, z rodziny receptorów cytokin, w wielu swoich działaniach za pośrednictwem insulinopodobnego czynnika wzrostu – I (IGF-I).

Wpływ hormonu wzrostu na układ kostny, w tym chrząstkę (płytkę) wzrostową (przynasadę) kości długich jest istotny dla pobudzania wzrostu. Zachowanie przyrostu kości na długość wymaga zapewnienia odpowiedniej ich mineralizacji (Bone Mineral Content - BMC), co związane jest z zapewnieniem wysokiego obrotu kostnego, czyli resorpcji i nowotworzenia substancji kostnej. Hormon wzrostu działa na wszystkie te parametry pośrednio i bezpośrednio, poprzez swoiste receptory zlokalizowane na osteoblastach i osteoklastach, tj. komórkach kościotwórczych i kościogubnych.

Pośrednie działanie hormonu wzrostu na tkankę kostną odbywa się poprzez IGF-I i jego białko wiążące IGFBP-3, wytwarzane pod wpływem hormonu wzrostu zarówno w wątrobie, jak i lokalnie, m.in. w kościach i chrząstce.

IGF-I, wytwarzany w osteoblastach, ma znaczenie dla utrzymaniu odpowiedniej gęstości tkanki kostnej (Bone Mineral Density - BMD). IGFBP-3 zwiększa aktywność IGF-I w jego działaniu mitogennym w stosunku do osteoblastów i w wytwarzaniu przez te komórki kolagenu typu I.

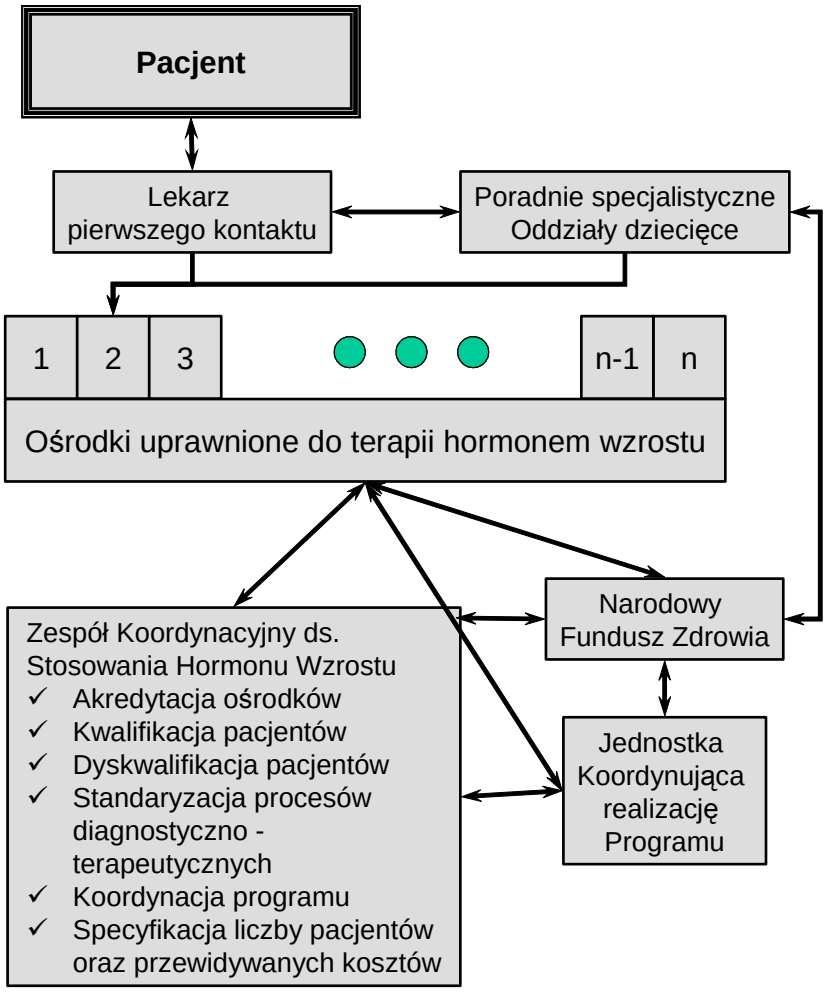
Preparaty rekombinowanego, ludzkiego hormonu wzrostu wywierają wszystkie działania endogennego hormonu wzrostu, zarówno w zakresie promowania procesów wzrastania i mineralizacji kośćca, jak również oddziaływania na procesy metaboliczne zachodzące w organizmie. W związku z powyższym w przypadku somatotropinowej niedoczynności przysadki podanie rekombinowanego, ludzkiego hormonu wzrostu przyczynia się do wyrównania towarzyszących temu schorzeniu nieprawidłowości metabolicznych (hipercholestrolemia z dyslipidemią, tendencja do hipoglikemii, zaburzenia mineralizacji kośćca).

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- osiągnięcie przez pacjenta niewyróżniającej wysokości ciała, tj. uzyskanie po zakończeniu procesów wzrastania wysokości ciała większej aniżeli 10 centyl,
- uzyskanie odpowiedniej mineralizacji kośćca,
- wyrównanie zaburzeń metabolicznych towarzyszących somatotropinowej niedoczynności przysadki.

7. Kryteria włączenia do programu,

Z uwagi na liczebność populacji dzieci niskorosłych, znaczne koszty leczenia oraz możliwość nadużywania hormonu wzrostu do innych celów, jak również możliwość wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań terapii hormonem wzrostu podjęcie decyzji odnośnie wdrożenia terapii hormonem wzrostu, jej monitorowania i ukończenia powinno następować kolegialnie, w grupie osób o największym zasobie wiedzy na ten temat. W skali kraju kryteria takie spełnia Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu. Do wdrożenia terapii niezbędne jest wysłanie odpowiedniego "Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki" na adres Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu i zaakceptowanie wniosku przez ten Zespół. Schemat kwalifikowania pacjentów do terapii hormonem wzrostu, monitorowania i zakończenia terapii.



Kryteria włączenia Pacjentów do terapii hormonem wzrostu zawarte są w dokumentach:

- Dziecko wolno rosnące i niskie. Standardy Medyczne 2001; 3, (7/8), 18-30,
- Dzieci z zaburzonym procesem wzrastania, kwalifikowane w Polsce do leczenia hormonem wzrostu. Pediat. Prakt. 2001; 9, (1),41-54.
- Zasady postępowania w przypadku niskorosłości uwarunkowanej somatotropinową niedoczynnością przysadki. Klin. Pediat. 2005,13, (2), 212-21.

Zasadnicze kryteria sugerujące SNP to:

- niskorosłość, t.j. wysokość ciała <3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich,

- upośledzone tempo wzrastania, < -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6. miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego, metodą Baley-Pineau,

- opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle,
- wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.),
- niski wyrzut hormonu wzrostu (<10 ng/ml) w 2. godzinnym teście nocnego wyrzutu tego hormonu (co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu – test przesiewowy),
- obniżony wyrzut hormonu wzrostu (<10 ng/ml) w dwóch, niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu,
- nawracające stany hipoglikemii w okresie noworodkowym i/lub niemowlęcym, szczególnie u dzieci z wadami linii pośrodkowej twarzo-czaszki,
- nieprawidłowości okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem, MRI).

8. Kryteria wykluczenia z programu,

W przypadku dzieci z somatotropinowej niedoczynności przysadki kryteriami do wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii hormonem wzrostu stanowi wystąpienie objawów:

- złuszczenia główki kości udowej,
- pseudo-tumor cerebri,
- cukrzycy,
- ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej,

ponadto:

brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia,

- niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego hormonem wzrostu < 3 cm/rok (nie dotyczy dziewcząt z dojrzałością szkieletu >16 lat i chłopców z dojrzałością szkieletu >18 lat),
- osiągnięcie wieku kostnego > 16 lat przez dziewczynkę i > 18 lat przez chłopca.

9. Monitorowanie wyników leczenia

Monitorowanie wyników leczenia obejmuje:

- ocenę rozwoju somatycznego, w tym pomiary antropometryczne - co 3-6 miesięcy,
- ocenę glikemii, z określeniem poziomu glikowanej hemoglobiny HbA_{lc} - co najmniej co 6 miesięcy lub z wykonaniem testu obciążenia glukozą, z oceną insulinemii - co najmniej co 12 miesięcy,
- pomiar stężenia IGF-1 - przed rozpoczęciem terapii hormonem wzrostu, po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie co 12 miesięcy,
- ocenę czynności tarczycy (TSH, fT_4) - co najmniej co 6 miesięcy,
- ocenę wieku kostnego - co 12 miesięcy,
- jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na) - co 6 miesięcy,
- ocenę morfologii krwi z rozmazem - co 6 miesięcy,
- w przypadku podejrzenia złuszczenia główki kości udowej – badania diagnostyczne niezbędne do zdiagnozowania tej choroby,
- w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri – jonogram surowicy krwi, okulista, neurolog, ewentualnie obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI), szczególnie w przypadku wtórnej SNP/WNP,
- inne badania i konsultacje zależnie od potrzeb, np. etiologii SNP / WNP, itp.

Podstawowym wykładnikiem efektywności zastosowanej terapii u niskorosłych dzieci z somatotropinową niedoczynnością przysadki będzie osiągnięcie przez dziecko niewyróżniającego wzrostu ostatecznego oraz uzyskanie odpowiedniej mineralizacji kośćca.

10. Monitorowanie wyników programu,

Monitorowanie prowadzonej terapii oraz wyników programu odbywa się na podstawie analizy przedstawionych powyżej parametrów oraz indywidualnych danych przekazywanych,

co 12 miesięcy, do Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu oraz do oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w postaci "Karty obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu niedoboru wzrostu w przebiegu SNP".

Określenie czasu leczenia w programie

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu określają czas leczenia

11. Warunki Realizacji Programu

Miejscem realizacji procedury leczenia niskorosłych dzieci z SNP muszą być wysokospecjalistyczne oddziały pediatryczne o profilu endokrynologii wieku rozwojowego, z poradnią. Podmiot realizujący Program powinien posiadać odpowiednią do potrzeb:

- bazę do diagnozowania niskorosłości, ze szczególnym uwzględnieniem somatotropinowej i wielohormonalnej niedoczynności przysadki oraz prowadzenia terapii hormonem wzrostu i jej monitorowania,
- salę zabiegową z zestawem do leczenia p/wstrząsowego i z glukometrem,
- wysokospecjalistyczne laboratorium analityczne, czynne całą dobę,
- chłodnię, wyodrębnioną do przechowywania leku, z możliwością całodobowego monitorowania temperatury,
- pełnoprofilowy zakład radiodiagnostyki wyposażony m.in. w aparat do obrazowania okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI) lub zapewniony dostęp do takich badań,
- odpowiedni sprzęt antropometryczny, w tym stadiometr typu Harpanden,
- zunifikowane mierniki norm, m.in. siatki centylowe wg Palczewskiej i Niedźwieckiej dla oceny rozwoju somatycznego oraz atlas Grulich'a-Pyle do oceny wieku kostnego,
- możliwość przeprowadzenia specjalistycznych badań genetycznych,
- możliwość wykonywania specjalistycznych badań i konsultacji, w szczególności neurologicznych, okulistycznych, neurochirurgicznych, hemato-onkologicznych, itp.,

- możliwość przekazywania danych w formie elektronicznej,

Kwalifikacje personelu:

- co najmniej 2. lekarzy ze specjalizacją z zakresu pediatrii i 2. lekarzy ze specjalizacją z endokrynologii,
- wykwalifikowany personel pielęgniarski, w tym co najmniej 2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie terapii hormonem wzrostu,

Jednostka przystępująca do konkursu na realizację Programu wyraża zgodę na przystąpienie do wspólnego zakupu leku przez wszystkie jednostki realizujące Program, który przeprowadzony zostanie przez Jednostkę Koordynującą realizację Programu.

Świadczenia związane z realizacją Programu lekowego, finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, znajdują się w pozostałych rodzajach świadczeń:

- procedury z katalogu, świadczeń szpitalnych,
- porady w Poradni Endokrynologii Wieku Rozwojowego.

12. Piśmiennictwo

1. Isaksson O.G.P., Lindahl A., Nilsson A., Isgaard J. Mechanism of the stimulatory effects of growth hormone on longitudinal bone growth. Endocrine Rev 1987; 8: 426 - 438.
2. Ohlsson C., Bengtsson B., Isaksson O.G.P., Andreassen T., Slootweg M.C. Growth hormone and bone. Endocrine Rev 1998; 19: 55 -79.
3. Romer T.E. Zaburzenia wzrostu i rozwoju., w: Endokrynologia Kliniczna dla Ginekologa, Internisty i Pediatry., pod red. Romer T.E., Springer PWN, Warszawa 1998: 43 - 65.
4. Romer T.E., Walczak M., Szalecki M. Hormon wzrostu jako lek. Ordynator Lek. 2005, 5, (1), 22-47.
5. Palczewska L, Niedźwiecka Z. Wskaźniki rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży warszawskiej. Med. Wieku Rozw. 2001, 5, (supl), 17-118.
6. Price D.A., Ranke M.B. Final height following growth hormone treatment., w: Growth hormone over the human life span., pod red. Ranke M.B., Johann Ambrosius Barth Edition J&J, 1998, 129 - 144.

7. Ranke M.B., Wilton P. i wsp. Growth hormone therapy in KIGS - 10 years' experience. Johann Ambrosius Barth Verlag; Heildelberg, Leipzig 1999.

8. Romer T. E., Walczak M., Wiśniewski A. oraz pozostali członkowie Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu. Dziecko wolno rosnące i niskie. Standardy Medyczne 2001; 3, (7/8), 18-30.

11. Romer T. E., Walczak M., Wiśniewski A., Roszkowska-Blaim M., Korman E. oraz pozostali członkowie Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu. Dzieci z zaburzonym procesem wzrastania, kwalifikowane w Polsce do leczenia hormonem wzrostu. Pediat. Prakt. 2001; 9, (1), 41-54.

12. Rosenfeld R.G., Cohen P. Disorders of growth hormone/insulin - 1ike growth factor secretion and action., w: Pediatric endocrinology, Wyd. II, pod red. Sperling M. A., Saunders Co, 2002, 211-288.

13. Chernausek S.D., Czernichow O. SGA – Patofizjologia i postępowanie lecznicze (wydanie polskie) Proqurat, Lublin 2005.

14. Walczak M., Romer T.E., Korman E., Małecka-Tendera E., Lewiński A. oraz pozostali członkowie Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu. Zasady postępowania w przypadku niskorosłości uwarunkowanej somatotropinową niedoczynnością przysadki. Klin. Pediat. 2005, 13, (2) 212-21.

15. Renehan A.G., Zwahlen M., Minder C. i wsp.: Insulin like growth factor (IGF) –I, IGF binding protein-3, and cancer risk: systematic review and meta-regression analysis. Lancet 2004, 363, 1346-1353.

13. Załączniki:

Załącznik 1. Wzór wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY D/S STOSOWANIA HORMONU WZROSTU

WNIOSEK

o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki

(Prosimy wypełnić pismem drukowanym, czarnym lub czerwonym kolorem!)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____ PESEL dziecka _____

Data urodzenia _____ Płeć _____ 1. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i jednostka kierująca.

2. Imię _____ 3. Nazwisko _____

4. Data urodzenia _____ 5. Płeć (1 = K, 2 = M) _____

Ojciec:

6. Imię _____ 7. Nazwisko _____

Matka:

8. Imię _____ 9. Nazwisko _____

10. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

11. Imię _____ 12. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

13. Miejscowość _____ 14. Nr _____ 15. Kod _____

16. Poczta _____ 17. Ulica _____

18. Nr domu _____ 19. Nr mieszk. _____ 20. Woj. _____

21. Tel. dom. _____ 22. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

23. Pełna nazwa _____

_____

24. Miejscowość _____ 25. Kod _____

26. Ul. _____ 27. Nr _____

28. Tel. _____ 29. Fax _____

30. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

31. Imię _____ 32. Nazwisko _____

podpis i pieczątka lekarza: *podpis i pieczątka Kierownika jednostki uprawnionej do terapii hormonem wzrostu*

_____ _____

B. Dane auksologiczne:

33. Wysokość ciała _____ cm 34. centyl _____ 35. Data _____

36. Wysokość siedzeniowa _____ cm 37. hSDS _____ 38. mpSDS ____ 39. hSDS-mpSDS __

40. Masa ciała _____ kg 41. Data pomiaru _ 42. centyl dla wieku wzrostowego _____

43. BMI _____ 44. Wiek kostny *) _____ 45. Data rtg _____

46. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(co najmniej 6 mies. okres obserwacji w ośrodku wystawiającym wniosek):

47. Wysokość ciała _____ cm 48. Data I pomiaru _____

49. Wys. ciała **) _____ cm 50. Data II pomiaru **) _____

51. Tempo wzrastania _____ cm/rok 52. caSDS _____ 53. baSDS _____

*)Do wniosku należy dołączyć **rtg lewej dłoni** z nadgarstkiem i **wykres wzrastania** pacjenta na siatce centylowej.

**)Punkty 49 i 50 powinny zawierać te same dane co punkty 33 i 35.

Rodzice[1)]:	Wysokość ciała (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	Przebieg dojrzewania
Ojciec:	54. _____ cm /_____centyl	55. _____	56. _____	57. _____ [2)]
Matka:	58. _____ cm /_____centyl	59. _____	60. _____	61. _____ [3)]

[1)]Podać tylko wartości mierzone przez ośrodek kierujący.

[2)]Dojrzewanie – proszę wpisać numer kodu: 1) wczesne, 2) normalne, 3) późne, 4) brak danych

[3)]I miesiączka - proszę wpisać numer kodu: 1) poniżej 12 l, 2) 12-14 l, 3) powyżej 14 l, 4) brak danych

62. Pochodzenie etniczne: [ ] [4)] _____

[4)]Rasa – podaj odpowiedni numer kodowy: 1 – kaukaska, 2 – czarna, 3 – żółta, 4 – inna jeśli 4 – wymień jaka

63. Wysokość ciała rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wys. ciała	
				cm	cent.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

C. Wywiad:

64. Masa ciała przy urodzeniu (g)_____ 65. Długość ciała (cm) _____ 66. Obwód głowy (cm) _____

67. Który poród _____ 68. Która ciąża _____ 69. Czas trwania ciąży w tyg. ___ [1), 2) *)]

70. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy N wypełnić 71

71. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

_____

_____

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

Poród (T/N):

72. Fizjologiczny, siłami natury ____ 73. Pośladkowy _____ 74. Cięcie cesarskie ____ 75. Inne _____

Akcja porodowa (T/N): _____

76. Samoistna _____ 77. Wspomagana _____ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
78. Uraz porodowy _____ 79. Niedotlenienie i resuscytacja _____
80. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____
81. Przebieg okresu noworodkowego (opis)_____

_____

_____

_____

Inne dane z wywiadu:

82. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania i rodzaj leczeniea _____ ,
83. Białaczka – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania _____ ,

    rodzaj (opis): _____

    _____

84. Inne choroby rozrostowe (T/N) (jeśli tak podać rodzaj choroby i sposób jej leczenia) _____

    _____

85. Alergie / egzema - (T/N) _____
86. Jeśli tak to podaj rodzaj manifestacji horoby i sposób jej leczenia, szczególnie czasu leczenia glikokortykoidami z podaniem sumarycznej ich dawki _____

    _____

    _____

87. Hipogonadism - (T/N) _____
88. Hipoglikemia - (T/N) _____

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

_____

Leczenie:

89. Naświetlania - (T/N): _____ czaszki, kręgosłupa, gonad, całego ciała *(zakreśl odpowiednie*)
90. Sumaryczna dawka rtg terapii: _____
91. Leki cytostatyczne – (T/N) _____ 92. Inne choroby przewlekłe (T/N)_____

    Jeśli Tak – wymień rodzaj chorób oraz leki, szczególnie takie które mogą hamować procesy wzrastania_____

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

    (W przypadku braku miejsca, proszę dołączyć dane na osobnym arkuszu oznaczonym Nr 90)

94. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____
    Jeśli TAK, to proszę wypełnić odpowiednią stronę w arkuszu: Przebieg dotychczasowego wzrastania.

D. Stan przedmiotowy:

95. Data badania: _____
96. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe).
    (W przypadku braku miejsca, proszę dołączyć dane na osobnym arkuszu oznaczonym Nr 93)

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

97. Data badania_____ 98. Thelarche_____ 99. Pubarche _____

Jądro prawe (T/N) 100. W mosznie_____ 101. W kan. pachw. _____ 102. Brak _____

Jądro lewe (T/N) 103. W mosznie_____ 104. W kan. pachw. _____ 105. Brak _____

Objętość w ml: 106. Lewe _____ 107. Prawe _____

108. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: ☐

1) wczesne 2) normalne 3) późne 4) nieznane

E. Badania obrazowe:

TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.

109. Data badania _____

110. Opis _____

_____

_____

_____

MRI (NMR) głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.

111. Data badania _____

112. Opis _____

_____

_____

_____

113. Inne zastosowane badania obrazowe np. USG, itp. (T/N), _____ jeśli T - daty i wyniki tych badań:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

F. Inne, niż hormonalne, badania dodatkowe

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania - wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu, hipoglikemii, zaburzeń zagęszczania moczu, chorób układowych, zaburzeń wchłaniania, chorób metabolicznych, kariotyp lub chromatyna płciowa i inne).

114. Wyniki - opis tych badań z podaniem daty:

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

G. Badania hormonalne:

115. Test nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (stężenia GH w surowicy)

	0'*	**30'**	**60'**	**90'**	**120'**	**jedn.**
GH						

* po zaśnięciu (co najmniej 5 pomiarów stężeń GH)

Testy stymulujące sekrecję GH (stężenia GH w surowicy - *konieczne co najmniej 2 testy):*

TEST 1.

116. Data wykonania _____

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

_____

118. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

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

TEST 2.

119. Data wykonania _____

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

_____

121. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

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

Test z GHRH.

122. Data wykonania _____ 123. Dawka w µg/kg _____

124. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

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

Profil dobowy.

125. Data wykonania _____

126. Uzyskane wartości stężeń GH:

8^{00}	8^{30}	9^{00}	9^{30}	10^{00}	10^{30}	11^{00}	11^{30}	12^{00}	12^{30}	13^{00}	13^{30}	
14^{00}	14^{30}	15^{00}	15^{30}	16^{00}	16^{30}	17^{00}	17^{30}	18^{00}	18^{30}	19^{00}	19^{30}	
20^{00}	20^{30}	21^{00}	21^{30}	22^{00}	22^{30}	23^{00}	23^{30}	24^{00}	0^{30}	1^{00}	1^{30}	
20^{00}	20^{30}	21^{00}	21^{30}	22^{00}	22^{30}	23^{00}	23^{30}	24^{00}	0^{30}	1^{00}	1^{30}	
2^{00}	2^{30}	3^{00}	3^{30}	4^{00}	4^{30}	5^{00}	5^{30}	6^{00}	6^{30}	7^{00}	7^{30}	8^{00}

Jednostki: _____ Średnia wartość wszystkich wartości: _____ Pole pod krzywą: _____

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

127. Data _____ 128. FT4 _____ jednostki _____

129. Data _____ 130. FT3 _____ jednostki _____

131. Niedoczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____ 132. Substytucja (T/N):_____

133. podaj dawkę leku _____

Test z TRH lub badanie podstawowe (TSH w surowicy):

134. Data: _____ 135. Uzyskane wartości TSH:

	0'	20'	30'	60'	90'	120'	jedn.
TSH							

Test z LH-RH lub badanie podstawowe gonadotropiny w surowicy:

136. Data _____ 137. Uzyskane wartości FSH 138. Uzyskane wartości LH

	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
FSH						
LH						

139. Rozpoznano niedobór LH, FSH: (T/N) _____ Rok rozpoznania: _____ 140. Substytucja (T/N): ____ (zakreśl odpowiednie).

141. Jeśli tak to jakimi preparatami i od kiedy?*:*

_____

Prolaktyna w surowicy:

142. Data: _____

143. Opis rodzaju testu stymulacyjnego:

_____

144. Uzyskane wartości stężeń PRL:

	0'	15'	30'	45'	60'	90'	120'	jedn.
PRL								

Kortyzol w surowicy:

145. Data _____

146. Uzyskane wartości:

stężenie poranne _____ godz _____ jedn.: _____

wieczorne / nocne _____ godz _____ jedn.: _____

ACTH w surowicy:

147. Data _____

148. Uzyskane wartości: _____ godz. _____ jedn. _____

149. Rozpoznano niedobór ACTH: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____ 147. Substytucja (T/N): _____

150. Ropoznano niedobór ADH: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____ 152. Substytucja (T/N): _____

IGF-I w surowicy:

151. Data _____ 152. Uzyskane wartości_____ jedn.: _____

Test generacji somatomedyn:

153. Data _____

154. Opis rodzaju testu _____

_____

_____

155. Opis wyniku _____

_____

_____

IGFBP-3 w surowicy:

156. Data _____ 157. Uzyskane wartości_____ jedn.: _____

158. Inne badania (opis, wyniki) _____

_____

_____

H. Rozpoznanie:

159. Postać idiopatyczna (T/N)_____

Jeżeli TAK: z urazem okołoporodowym / bez urazu / wywiad nieznany *(odpowiednie zakreśl)*

160. Wielohormonalna (T/N)_____ 161. Izolowana (T/N) _____ 162. Rodzinna (T/N) _____

Postać organiczna:

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

_____

_____

_____

164. Radioterapia (T/N) _____ czaszka, rdzeń, gonady, całe ciało, inne *(właściwe podkreśl)*

165. Jeśli T to podaj sumaryczną dawkę _____

166. Data zakończenia naświetlań _____

167. Leki cytostatyczne (T/N); _____ Jeśli Tak - opis:

168. Zabiegi neurochirurgiczne lub inne operacje: (T/N) _____

169. Opis zabiegu _____

170. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu:

Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu dziecko będzie leczone preparatami zakupionymi przez Ośrodek Koordynujący realizację Programu ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Lekarz prowadzący:

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

podpis i pieczątka lekarza:

podpis i pieczątka Kierownika jednostki uprawnionej do terapii hormonem wzrostu:

UWAGA!

1. Wniosek bez co najmniej oceny nocnego wyrzutu hormonu wzrostu, dwóch testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu, oznaczeń stężeń TSH, fT_4 i IGF-I, oceny wieku kostnego (z załączeniem RTG śródręcza), wyniku obrazowania okolicy podwzgórzowo – przysadkowej oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania Dziecka (siatki centylowe) nie będzie rozpatrywany.

2. Wnioski wypełnione nieczytelnie będą odsyłane**.**

3. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych z w/w badań, a jednak koniecznych do rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka koordynującego.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu.

Załącznik 2. do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki:

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

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania hormonu zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz przyjeżdżania na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____ Podpis opiekuna _____

Podpis lekarza _____

Załącznik 3. Karta obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu niedoboru wzrostu w przebiegu SNP

KARTA OBSERWACJI PACJENTA

leczonego hormonem wzrostu (wizyty kontrolne co 3 do 6 miesięcy)

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego.

1. Nazwisko i imię pacjenta
2. Numer karty lub historii choroby
3. Pesel — Data urodzenia — Wiek kalendarzowy
4. Data rozpoczęcia podawania GH *(format daty RRRR-MM-DD)*
5. Data wizyty — 6. Wys. ciała (cm) — 7. Masa c (kg)
8. Data poprzedniej wizyty — 9. Wys. ciała (cm) — 10. Masa c (kg)
11. Tempo wzrastania (cm/rok)
12. BMI aktualne — 13. BMI poprzednie
14. Przerwy w stosowaniu GH

od — do — nie było

z powodu:
- A. choroby towarzyszącej,
- B. decyzji lekarza,
- C. decyzji rodziców,
- D. braku leku

Ostatnie badania hormonalne:

15. TSH	jedn	Data	
16. fT4	jedn	Data	
17. IGF-I	jedn	Data	
18. Wiek kostny		Data	

19. Wyniki innych badań dodatkowych

Przebieg leczenia:

20. Powikłania, objawy uboczne (jeśli były powikłania, nalezy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)
21. Przebyte choroby od ostatniej wizyty - opis, prowadzone leczenie (jeśli były zachorowania, należy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)
22. Stosowane inne leczenie, poza hormonem wzrostu, podaj leki i ich dawki oraz okres stosowania (opis) :
    Inne leki
23. Stosowane dawki GH mg/kg.tydz. (j/ kg /tydzień) (jeśli dawka uległa zmianie podać okres):
    dawka sumaryczna - tygodniowo/dziennie

od	do	dawka	
od	do	dawka	
od	do	dawka	

24. Sposób podawania (podskórnie, domięśniowo, liczba iniekcji tygodniowo) opis:
    podskórnie, 7 razy w tygodniu, w przedramiona, brzuch, uda ...

25. Rozwój płciowy: — Owłosienie: 1,2,3,4,5
    Objętość jąder w ml: — Prawe: — Lewe:
    Rozwój narządów płciowych — piersi: 1,2,3,4,5
    menarche: rok — miesiąc:

24. Opinia lekarza prowadzącego co do celowości dalszego leczenia:
    Wskazana, kontynuacja leczenia ze względu na znaczące przyspieszenie tempa wzrastania.
    Wnioskuję o przedłużenie okresu leczenia o kolejny rok (proszę uzasadnić)

25. Uwagi:
    Duża poprawa samopoczucia związana z efektami terapii obserwowana u pacjenta (T/N)

Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do dalszej terapii hormonem wzrostu dziecko będzie leczone preparatami zakupionymi przez Ośrodek Koordynujący ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Imię i nazwisko lekarza — Data

podpis i pieczątka lekarza:

podpis i pieczątka Kierownika jednostki uprawnionej do terapii hormonem wzrostu

l. Nazwa programu:

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z ZESPOŁEM TURNERA (ZT) HORMONEM WZROSTU

2. Dziedzina medycyny:

Pediatria

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

l) nazwa substancji czynnej	**rekombinowany ludzki hormon wzrostu**
2) postać farmaceutyczna	roztwór do iniekcji domięśniowych lub podskórnych
3) dawkowanie	0,33 - 0,47mg (1,0 -1,4 IU)/kg m.c. /tydz.

4. Opis problemu zdrowotnego - Q 96 - Zespól Tumera

Patogeneza

Zespół Turnera (ZT) (Q 96) jest jedną z najczęściej występujących aberracji chromosomowych, ponieważ dotyczy 1 / 2 000 - 2 500 żywo urodzonych dziewcząt.

U większości występuje mozaicyzm lub aberracje strukturalne chromosomu X. Monosomię chromosomu X stwierdza się tylko u około 20% chorych. W przypadku obecności chromosomu Y lub jego fragmentu dziewczęta z zespołem Turnera cechuje wzmożone ryzyko rozwoju nowotworów w obrębie dysgenetycznych gonad. Dlatego, poza wdrożeniem terapii hormonem wzrostu, usunięcie dysgenetycznych gonad u takich pacjentek jest postępowaniem z wyboru.

Niedobór wzrostu spowodowany jest „opornością" receptora hormonu wzrostu. Wydzielanie tego hormonu w zdecydowanej większości przypadków jest bowiem prawidłowe. Zmniejszenie tempa wzrastania jest przy tym często zasadniczym, a nierzadko jedynym, objawem sugerującym możliwość tego zespołu, szczególnie w przypadku mozaicyzmu.

Przebieg choroby.

Pacjentów z Zespołem Turnera charakteryzuje znacznego stopnia niedobór wzrostu, gdyż w populacji dziewcząt polskich ich wzrost ostateczny wynosi średnio 143cm i jest o ponad 20 cm niższy od średniego wzrostu kobiet w Polsce. W przebiegu tego zespołu stwierdza się także nieprawidłowe proporcje ciała.

Dziewczęta z Zespołem Turnera cechuje ponadto wrodzona dysgenezja gonad oraz wrodzone wady, zarówno powłok skórnych (stygmaty ZT), jak i narządów wewnętrznych, najczęściej układu moczowego i sercowo-naczyniowego.

W przeciwieństwie do rozwoju somatycznego, rozwój intelektualny dzieci z Zespołem Turnera jest na ogół prawidłowy.

Zmniejszone tempo wzrastania i niedobór wzrostu rodzice i lekarze najczęściej stwierdza się w wieku przedszkolnym. Nie podjęcie leczenia hormonem wzrostu w tym okresie powoduje pogłębianie się niedoboru wzrostu, co nieuchronnie prowadzi do trwałego kalectwa, ponieważ na skutek skrajnej niskorosłości zdecydowana większość dzieci z Zespołem Turnera, pomimo prawidłowego rozwoju intelektualnego, nigdy nie podejmie pracy zawodowej, wymagając od wkroczenia w wiek dojrzały rent inwalidzkich i innych świadczeń społecznych. Znaczna część spośród tych osób ulega także degradacji społecznej, gdyż jest nieakceptowana (izolowana) przez środowisko, zarówno w miejscu zamieszkania, szkole, jak również przy podejmowaniu prób podjęcia pracy zawodowej. Brak akceptacji takiego dziecka przez środowisko prowadzi także do jego gorszego rozwoju, na skutek zmniejszenia aktywności życiowej i intelektualnej, spychając dziecko na margines społeczeństwa.

Rokowanie.

W przypadku dzieci z zespołem Turnera leczenie polega w początkowym okresie rozwoju na stymulowaniu procesów wzrastania poprzez zastosowanie preparatów rekombinowanego, ludzkiego hormonu wzrostu, a po uzyskaniu prawidłowego wzrostu ostatecznego stymulowaniu procesów dojrzewania płciowego. Przy zastosowanym leczeniu hormonem wzrostu rokowanie co do uzyskania wzrostu ostatecznego nie odbiegającego od normy populacyjnej jest korzystne.

Epidemiologia

Zespół Turnera występuje średnio u ok. l na 2 000 – 2 500 żywo urodzonych dziewcząt.

5. Opis działania leku

Hormon wzrostu spełnia różną funkcję, zależnie od okresu rozwoju organizmu. W okresie wzrastania stymuluje wzrost i podziały komórek, w tym wzrost chrząstki, a za pośrednictwem chrząstki przynasadowej wzrost kości na długość. Stymuluje także podziały innych komórek. Moduluje również przebieg dojrzewania płciowego, wpływa na gospodarkę

lipidową, węglowodanową i białkową, a ponadto na gospodarkę wodnoelektrolitową, mineralizację szkieletu, układ mięśniowy i krążenia. Hormon wzrostu działa poprzez receptor błonowy, z rodziny receptorów cytokin, w wielu swoich działaniach za pośrednictwem insulinowego czynnika wzrostu - IGF-I.

Wpływ hormonu wzrostu na układ kostny, w tym chrząstkę (płytkę) wzrostową (przynasadę) kości długich jest istotny dla pobudzania wzrostu. Zachowanie przyrostu kości na długość wymaga także zapewnienia odpowiedniej ich mineralizacji (Bone Mineral Content - BMC), co związane jest z zapewnieniem wysokiego obrotu kostnego, czyli resorpcji i nowotworzenia substancji kostnej. Hormon wzrostu działa na wszystkie te parametry pośrednio i bezpośrednio, poprzez swoiste receptory zlokalizowane na osteoblastach i osteoklastach, tj. komórkach kościotwórczych i kościogubnych.

Pośrednie działanie hormonu wzrostu na tkankę kostną odbywa się poprzez IGF-I i jego białko wiążące IGFBP-3, wytwarzane pod wpływem hormonu wzrostu w wątrobie i lokalnie w kościach i chrząstce.

IGF-I, wytwarzany w osteoblastach, ma znaczenie dla utrzymaniu odpowiedniej gęstości tkanki kostnej (Bone Mineral Density - BMD). IGFBP-3 zwiększa aktywność IGF-I w jego działaniu mitogennym w stosunku do osteoblastów i w wytwarzaniu przez te komórki kolagenu typu 1.

Preparaty rekombinowanego, ludzkiego hormonu wzrostu wywierają wszystkie działania endogennego hormonu, zarówno w zakresie promowania procesów wzrastania, jak również oddziaływania na procesy metaboliczne zachodzące w organizmie.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

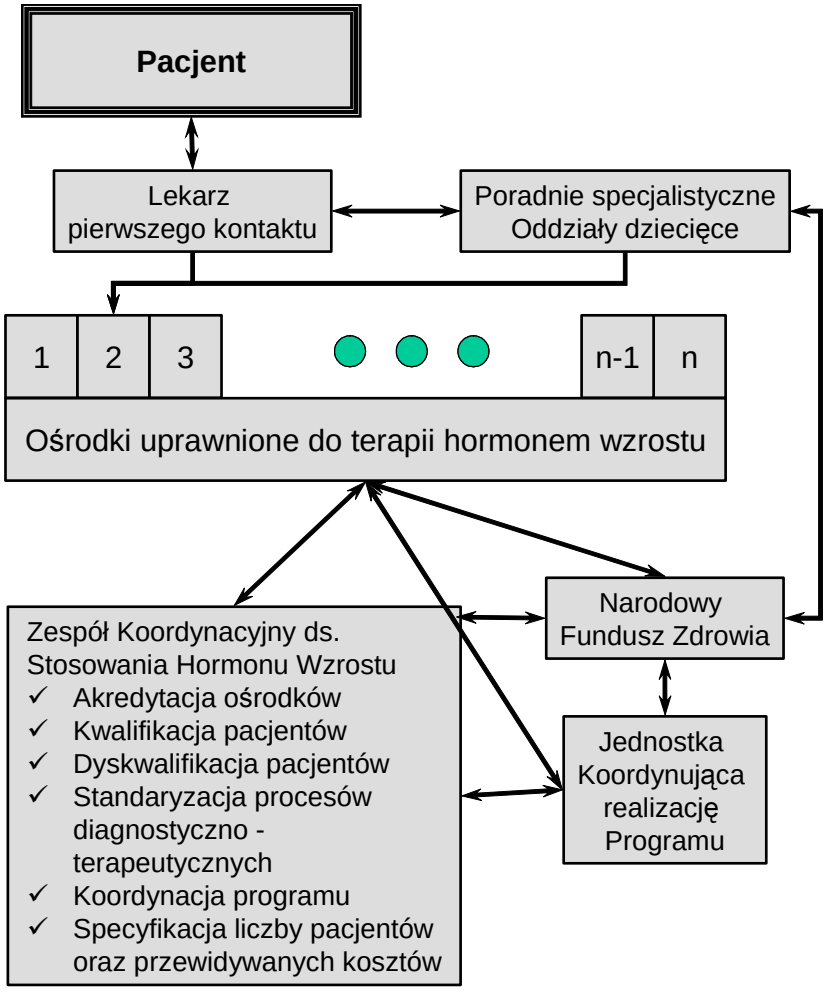
Podstawowym wykładnikiem efektywności zastosowanej terapii u niskorosłych dzieci z Zespołem Turnera będzie osiągnięcie przez dziecko niewyróżniającego wzrostu ostatecznego.

7. Kryteria włączenia do programu,

Z uwagi na liczebność populacji dzieci niskorosłych, znaczne koszty leczenia, możliwość nadużywania hormonu wzrostu do innych celów oraz możliwość wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań terapii hormonem wzrostu podjęcie decyzji odnośnie wdrożenia terapii hormonem wzrostu, jej monitorowania i ukończenia powinno następować kolegialnie, w grupie osób o największym zasobie wiedzy na ten temat. W skali kraju kryteria takie spełnia Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu. Do

wdrożenia terapii niezbędne jest wysłanie odpowiedniego „Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu dla pacjenta z Zespołem Turnera" na adres Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu i zaakceptowanie wniosku przez ten Zespół.

Schemat kwalifikowania pacjentów do terapii hormonem wzrostu, monitorowania i zakończenia terapii ilustruje rycina.



Kryteria włączenia pacjentów z Zespołem Turnera do terapii hormonem wzrostu zawarte są w dokumentach:

- Dziecko wolno rosnące i niskie. Standardy Medyczne 2001; 3, (7/8), 18-30.
- Dzieci z zaburzonym procesem wzrastania, kwalifikowane w Polsce do leczenia hormonem wzrostu. Pediatr. Prakt. 2001; 9, (1),41-54.

Zasadnicze kryteria sugerujące Zespół Turnera to:

- stygmaty Zespołu Turnera,

- wysokość ciała <3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich,

- upośledzone tempo wzrastania, < -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dziewcząt polskich (wymagany jest co najmniej 6. miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego metodą Baley- Pineau,

- opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle,

- wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.),

- inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowo--naczyniowego i moczowo-płciowego,

- konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

Zasadniczym kryterium wykluczenia z udziału w programie jest inna aniżeli Zespół Turnera przyczyna niskorosłości. W przypadku dzieci z Zespołem Turnera kryterium do wyłączenia z programu lub czasowego przerwania terapii stanowi:

- wystąpienie złuszczenia główki kości udowej,

- wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri,

- wystapienie cukrzycy,

- ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej,

- osiągnięcie przez pacjenta niewyróżniającej wysokości ciała, t.j. wysokości ciała równej lub większej aniżeli 158 cm,

- zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami w odstępach 6 miesięcznych).

- niezadowalający efekt leczenia, t.j. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego hormonem wzrostu < 3 cm/rok,

- osiągnięcie wieku kostnego > 14 lat.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

- ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary antropometryczne - co 3-6 miesięcy,

- glikemia, z określeniem poziomu glikowanej hemoglobiny HbA_{1c} - co najmniej co 6 miesięcy lub test obciążenia glukozą, z oceną insulinemii - co najmniej co 12 miesięcy,

- pomiar stężenia IGF-I - przed rozpoczęciem terapii hormonem wzrostu, po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie co 12 miesięcy.

- ocena czynności tarczycy (TSH, fT_4) - co najmniej co 6 miesięcy,

- ocena wieku kostnego - co 12 miesięcy,

- jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na) - co 6 miesięcy,

- ocena morfologii krwi z rozmazem - co 6 miesięcy,

- w przypadku podejrzenia złuszczenia główki kości udowej - badania diagnostyczne niezbędne do zdiagnozowania tej choroby,

- w przypadku objawów pseudo-tumor cerebri - jonogram surowicy krwi, okulista, neurolog, ewentualnie obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI),

- inne badania i konsultacje zależnie od potrzeb, np. towarzyszących Zespołowi Turnera wad, itp.

10. Monitorowanie wyników programu,

Monitorowanie prowadzonej terapii oraz wyników programu odbywa się na podstawie analizy przedstawionych powyżej parametrów oraz indywidualnych danych,

przekazywanych co 12 miesięcy, do Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu oraz do Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w postaci „Karty obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu niedoboru wzrostu w przebiegu Zespołu Turnera".

Określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu określają czas leczenia

11. Warunki Realizacji Programu:

Wysokospecjalistyczny oddział pediatryczny o profilu endokrynologii wieku rozwojowego z poradnią, posiadający:

- bazę do diagnozowania niskorosłości, ze szczególnym uwzględnieniem Zespołu Turnera oraz prowadzenia terapii hormonem wzrostu i jej monitorowania,
- salę zabiegową z zestawem do leczenia p/wstrząsowego i z glukometrem,
- wysokospecjalistyczne laboratorium analityczne, czynne całą dobę,
- chłodnię – wyodrębnioną do przechowywania leku, z możliwością całodobowego monitorowania temperatury ,
- pełnoprofilowy zakład radiodiagnostyki, wyposażony m.in w aparat do obrazowania okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI) oraz badań ultrasonograficznych lub zapewniony dostęp do takiego zakładu,
- odpowiedni sprzęt antropometryczny, w tym stadiometr typu Harpanden,
- zunifikowane mierniki norm, m.in. siatki centylowe wg Palczewskiej i Niedźwieckiej dla oceny rozwoju somatycznego oraz atlas Grulich'a-Pyle do oceny wieku kostnego,
- możliwość wykonywania specjalistycznych konsultacji i badań genetycznych,
- możliwość przekazywania danych w formie elektronicznej.
- Jednostka przystępująca do konkursu na realizację Programu wyraża zgodę na przystąpienie do wspólnego zakupu leku przez wszystkie jednostki realizujące

Program, który przeprowadzony zostanie przez Jednostkę Koordynującą realizację Programu

Kwalifikacje personelu:

- co najmniej 2 lekarzy ze specjalizacją z zakresu pediatrii i 2. lekarzy ze specjalizacją z endokrynologii,
- co najmniej 2 wykwalifikowane pielęgniarski, przeszkolone w zakresie terapii hormonem wzrostu,

Jednostka przystępująca do konkursu na realizację Programu wyraża zgodę na przystąpienie do wspólnego zakupu leku przez wszystkie jednostki realizujące Program, który przeprowadzony zostanie przez Jednostkę Koordynującą realizację Programu.

Świadczenia związane z realizacją Programu lekowego, finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, znajdują się w pozostałych rodzajach świadczeń:

- procedury z katalogu, świadczeń szpitalnych,
- porady w Poradni Endokrynologii Wieku Rozwojowego.

12. Piśmiennictwo:

1. Isaksson O.G.P., Lindahl A., Nilsson A., Isgaard J. Mechanism of the stimulatory effects of growth hormone on longitudinal bone growth. Endocrine Rev 1987; 8: 426 - 438.
2. Ohlsson C., Bengtsson B., Isaksson O.G.P., Andreassen T., Slootweg M.C. Growth hormone and bone. Endocrine Rev 1998; 19: 55 -79.
3. Romer T.E. Zaburzenia wzrostu i rozwoju., w: Endokrynologia Kliniczna dla Ginekologa, Internisty i Pediatry., pod red. Romer T.E., Springer PWN, Warszawa 1998: 43 - 65.
4. Romer T.E., Walczak M., Szalecki M. Hormon wzrostu jako lek. Ordynator Lek. 2005, 5, (1), 22-47.
5. Palczewska L, Niedźwiecka Z. Wskaźniki rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży warszawskiej. Med. Wieku Rozw. 2001, 5, (supl), 17-118.

6. Price D.A., Ranke M.B.: Final height following growth hormone treatment., w: Growth hormone over the human life span., pod red. Ranke M.B., Johann Ambrosius Barth Edition J&J, 1998, 129 - 144.

7. Tink1ine T.S., Betts P.R.: What is the current status of GH therapy in children with Turner syndrome. w: Growth hormon therapy., pod red. Monsson J.P. Blackwell Science, 1999, 19 - 35.

8. Neely EX.: Turner Syndrome., w: Pediatric Endocrinology., pod red.: Lifshitz F., Marcel Dekker Inc. N. York, Basel, 1996, 267 - 280.

9. Wiśniewski A., Romer T.E.: Badanie odpowiedzi wzrostowej u chorych z zespołem Turnera na leczenie hormonem wzrostu zależnie od stosowanej dawki oraz charakterystyki klinicznej i hormonalnej pacjentek. Endokrynol. Diabetol., 1995, 1: 7

10. Ranke M.B., Wilton P. i wsp. Growth hormone therapy in KIGS - 10 years' experience. Johann Ambrosius Barth Verlag; Heildelberg, Leipzig 1999.

11. Romer T. E., Walczak M., Wiśniewski A. oraz pozostali członkowie Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu. Dziecko wolno rosnące i niskie. Standardy Medyczne 2001; 3, (7/8), 18-30.

12. Romer T. E., Walczak M., Wiśniewski A., Roszkowska-Blaim M., Korman E. oraz pozostali członkowie Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu. Dzieci z zaburzonym procesem wzrastania, kwalifikowane w Polsce do leczenia hormonem wzrostu. Pediat. Prakt. 2001; 9, (1), 41-54.

13. Rosenfeld R.G., Cohen P.: Disorders of growth hormone/insulin1ike growth factor secretion and action. w: Pediatric endocrinology. Wyd. II, pod red.: Sperling M. A., Saunders Co., 2002, 211-288.

14. Renehan A.G., Zwahlen M., Minder C. i wsp.: Insulin like growth factor (IGF) –I, IGF binding protein-3, and cancer risk: systematic review and meta-regression analysis. Lancet 2004, 363, 1346-1353.

13. Załączniki:Załacznik 1. Wzór wniosku o zakwalifikowanie do leczenia hormonem wzrostu dla pacjentów z zespołem Turnera

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY D/S STOSOWANIA HORMONU WZROSTU

WNIOSEK

o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu dla pacjenta z zespołem Turnera

(Prosimy wypełnić maszynowo lub pismem drukowanym w czarnym kolorze!)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____ PESEL pacjenta _____

Data urodzenia _____ Płeć _____ 1. Data wystawienia wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej.

2. Imię _____ 3. Nazwisko _____

4. Data urodzenia _____

Ojciec:

5. Imię _____ 6. Nazwisko _____

Matka:

7. Imię _____ 8. Nazwisko _____

9. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

10. Imię _____ 11. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

12. Miejscowość _____ 13. Nr _____ 14. Kod _____

15. Poczta _____ 16. Ulica _____

17. Nr domu _____ 18. Nr mieszkania _____ 19. Woj. _____

20. Tel. dom. _____ 21. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów _____

Jednostka wystawiająca wniosek:

22. Pełna nazwa _____

_____

23. Miejscowość _____ 24. Kod _____

25. Ul. _____ 26. Nr _____

27. Tel. _____ 28. Fax _____

29. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

30. Imię _____ 31. Nazwisko _____

podpis i pieczątka lekarza: *podpis i pieczątka Kierownika jednostki uprawnionej do terapii hormonem wzrostu*

_____ _____

B. Dane auksologiczne pacjenta z zespołem Turnera (ZT):

32. Wysokość ciała (cm) _____ 33. centyl *) _____ 34. Data pomiaru _____

35. Wzrost pacjenta (h-pat) ZT _____ wg. Lyon, Preece, Grant
*) siatka centylowa Lyon, Preece, Grant (w załączeniu);

36. Wysokość siedzeniowa (cm)_____

Rodzice: Podać tylko wartości mierzone przez ośrodek kierujący.

Wysokość ciała (cm):	37. Ojciec: _____	38. Matka:_____

39. średni wzrost rodziców (mp) _____

40. niedobór wzrostu w stosunku do średniego wzrostu rodziców [pat - mp] _____

41. Masa ciała pacjenta (kg)_____ 42. Data pomiaru _____

43. BMI _____ 44. Wiek kostny *) _____ 45. Data rtg_____

46. Metoda oceny wieku kostnego _____

47. Wzrost rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wys.	
				cm	cent.
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Tempo wzrastania przed leczeniem

(co najmniej 6 mies. okres obserwacji w ośrodku wystawiającym wniosek):

48. Wys. ciała _____ cm	49. Data I pomiaru _____
50. Wys. ciała **) _____ cm	51. Data II pomiaru **) _____

52. Szybkość wzrastania w cm/rok _____

53. Pochodzenie etniczne: ☐ _____

Rasa – podaj odpowiedni numer kodu: 1 – kaukaska, 2 – czarna, 3 – żółta, 4 – inna, jeśli 4 – wymień _____

UWAGA:

*)Do wniosku należy dołączyć rtg lewej dłoni z nadgarstkiem i wykres wzrastania na siatce centylowej właściwej dla chorych z zespołem Turnera.

**)Punkty 50 i 51 powinny zawierać te same dane, co punkty 32 i 34.

C Wywiad:

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

57. Który poród _____ 58. Która ciąża _____ 59. Czas trwania ciąży w tyg. ___ 1), 2) *)

60. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) _____, gdy N wypełnić 61

61. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

_____

_____

_____

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

Poród (T/N):

62. Fizjologiczny, siłami natury ____ 63. Pośladkowy _____ 64. Cięcie cesarskie ____ 65. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

66. Samoistna _____ 67. Wspomagana _____ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)

68. Uraz porodowy _____ 69. Niedotlenienie i resuscytacja _____

70. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____

71. Przebieg okresu noworodkowego (opis)_____

_____

_____

_____

_____

_____

Inne dane z wywiadu:

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

_____

73. Białaczka – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania _____ ,

rodzaj (opis): _____

_____

74. Inne choroby rozrostowe (T/N) - jeśli tak to podać rodzaj choroby i sposób leczenia _____

_____

75. Alergie / egzema - (T/N) _____ 76. Hipogonadism - (T/N) _____ 77. Hipoglikemia - (T/N) _____

Leczenie:

78. Naświetlania - (T/N): _____ czaszki, kręgosłupa, gonad, całego ciała *(zakreśl odpowiednie*)

79. Leki cytostatyczne – (T/N) _____

80. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

81. Jeśli Tak – wymień jakie: _____

_____

82. Podaj także, inne dane np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, bóle głowy, zaburzenia widzenia, często powtarzające się choroby _____

_____

_____

_____

(W przypadku braku miejsca, proszę dołączyć dane na osobnym arkuszu oznaczonym Nr 82)

83. Czy pacjentka była leczona preparatami hormonu wzrostu? (T/N) ____
Jeśli TAK, to proszę wypełnić odpowiednią stronę w arkuszu: Przebieg Dotychczasowego Wzrastania.

D. Stan przedmiotowy:

84. Data badania: _____

85. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe).
(W przypadku braku miejsca, proszę dołączyć dane na osobnym arkuszu oznaczonym Nr 85.)

_____

_____

_____

_____

_____

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

86. Data badania _____ 87. Thelarche_____ 88. Pubarche _____

89. Menarche (T/N) _____

90. Data pierwszej miesiączki, także jednorazowego, skąpego plamienia _____

91. Czy były następne miesiączki, jeśli TAK opisz i podaj datę ostatniej _____

_____

_____

_____

92. Substytucja estrogenowa: (T/N),_____ jeśli TAK podaj datę rozpoczęcia leczenia _____

oraz stosowane leki i dawkowanie _____

93. Substytucja progesteronowa: (T/N), _____ jeśli TAK podaj datę rozpoczęcia leczenia _____

oraz stosowane leki i dawkowanie _____

E. Badania dodatkowe:

Kariotyp:

94. Data badania _____ 95. Numer badania podany przez pracownię_____

96. Pracownia wykonująca badanie _____

_____

97. Metoda badania _____

98. Mitozy liczone _____ 99. Mitozy analizowane _____

100. Wynik badania*) _____

*)w przypadku stwierdzenia chromosomu markerowego (chromosom Y) wniosek może być rozpatrywany dopiero po wykonaniu badań określających pochodzenie fragmentu chromosomu.

Obrazowanie:

USG nerek i miednicy małej.

101. Data badania _____

102. Opis _____

_____

_____

_____

_____

_____

USG serca

103. Data badania _____

104. Opis _____

_____

_____

_____

_____

_____

USG jamy brzusznej

105. Data badania _____

106. Opis _____

107. Inne zastosowane metody obrazowania (T/N) _____ Jeśli T– podaj daty i wyniki: _____

F. Inne, niż hormonalne, badania dodatkowe ważne dla rozpoznania*)

*)szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania / wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu, hipo.- lub hiperglikemii, zaburzeń zagęszczania moczu, chorób układowych, zaburzeń wchłaniania, zaburzeń metabolicznych i innych.

108. Wyniki – opis, z podaniem daty:

109. Glikemia na cczo_____ jednostki _____ data badania _____

110. Odestek glikowanej hemoglobiny A_{1c} _____ data badania _____

111. Test do ustnego obciążenia glukozą (oznaczenie glukozy i insuliny),

Czasy	0	30	60	90	120	minut
Glikemia						jedn. ____
Insulinemia						jedn. ____

G. Badania hormonalne:

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

112. Data _____ 113. FT4 _____ jednostki _____

114. Data _____ 115. FT3 _____ jednostki _____

116. Data _____ 117. TSH _____ jednostki _____

118. Rozpoznano niedczynność tarczycy: (T/N) _____ Rok rozpoznania _____

119. Substytucja (T/N) _____ jeśli tak podaj dawkę _____ *(zakreśl odpowiednie)*

Gonadotropiny w surowicy:

120. Data _____ 121. LH _____ jednostki _____

122. Data _____ 123. FSH _____ jednostki _____

IGF-I w surowicy:

124. Data _____ 125. IGF-I _____ jednostki _____

126. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormon wzrostu

_____

_____

_____

_____

Lekarz prowadzący:

Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu dziecko będzie leczone preparatami zakupionymi przez Ośrodek Koordynujący Program ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

podpis i pieczątka lekarza:

podpis i pieczątka Kierownika jednostki uprawnionej do terapii hormonem wzrostu:

_____ _____

UWAGA!

1. Wniosek bez co najmniej opisu kariotypu, oznaczeń stężeń TSH, fT_4, i IGF-I oraz oceny przemian węglowodanowych, a ponadto zdjęcia do oceny WK, wyniku obrazowania układu sercowo – naczyniowego, jamy brzusznej, miednicy małej oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania (siatki centylowe) nie będzie rozpatrywany.
2. Wnioski wypełnione nieczytelnie będą odsyłane.

3.W przypadku braku możliwości wykonania niektórych z w/w badań, a koniecznych do postawienia rozpoznania, należy skierować pacjenta do ośrodka koordynacyjnego.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu.

Załacznik 2. Załącznik do wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w Zespole Turnera:

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

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania hormonu zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz przyjeżdżania na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Data _____ Podpis opiekuna _____

Podpis lekarza _____

Załącznik 3. Karta obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu niedoboru wzrostu w przebiegu ZT

KARTA OBSERWACJI PACJENTA

leczonego hormonem wzrostu (wizyty kontrolne co 3 do 6 miesięcy)

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego.

1. Nazwisko i imię pacjenta
2. Numer karty lub historii choroby
3. Pesel — Data urodzenia — Wiek kalendarzowy
4. Data rozpoczęcia podawania GH *(format daty RRRR-MM-DD)*
5. Data wizyty — 6. Wys. ciała (cm) — 7. Masa c (kg)
8. Data poprzedniej wizyty — 9. Wys. ciała (cm) — 10. Masa c (kg)
11. Tempo wzrastania (cm/rok)
12. BMI aktualne — 13. BMI poprzednie
14. Przerwy w stosowaniu GH
    od — do — nie było
    z powodu:
    A. choroby towarzyszącej,
    B. decyzji lekarza,
    C. decyzji rodziców,
    D. braku leku.

Ostatnie badania hormonalne:

15. TSH — jedn — Data
16. IGF-I — jedn — Data
17. FT4 — jedn — Data
18. Wiek kostny — Data
19. Wyniki innych badań dodatkowych (należy podać co najmniej wyniki oceny przemian węglowodanowych)

Przebieg leczenia:

20. Powikłania, objawy uboczne (jeśli były powikłania, nalezy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)
21. Przebyte choroby od ostatniej wizyty - opis, prowadzone leczenie (jeśli były zachorowania, należy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)
22. Stosowane leczenie poza hormonem wzrostu (dawki / okres / opis) :
    Inne leki
23. Stosowane dawki GH mg/kg.tydz. (j/ kg /tydzień) (podać okres od - do, jeśli dawka uległa zmianie):
    dawka sumaryczna - tygodniowo/dziennie
    od — do — dawka
    od — do — dawka
    od — do — dawka
24. Sposób podawania (podskórnie, domięśniowo, liczba wstrzyknięć tygodniowo) opis:
    podskórnie, 7 razy w tygodniu, w przedramiona, brzuch, uda ...
25. Rozwój płciowy:
    Rozwój narządów płciowych
    Owłosienie: 1,2,3,4,5
    piersi: 1,2,3,4,5
    menarche: rok — miesiąc:
26. Opinia lekarza prowadzącego co do celowości dalszego leczenia:
    Wskazana, kontynuacja leczenia ze względu na znaczące przyspieszenie tempa wzrastania.
    Wnioskuję o przedłużenie okresu leczenia o kolejny rok (proszę uzasadnić)
27. Uwagi:
    Duża poprawa samopoczucia u pacjenta związana z terapią (T/N)

Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do dalszej terapii hormonem wzrostu dziecko będzie leczone preparatami zakupionymi przez Ośrodek Koordynujący ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Imię i nazwisko lekarza — Data

podpis i pieczątka lekarza:

podpis i pieczątka Kierownika jednostki uprawnionej do terapii hormonem wzrostu

l. Nazwa programu:

LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (PNN) HORMONEM WZROSTU

2. Dziedzina medycyny:

Pediatria.

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

l) nazwa substancji czynnej	**rekombinowany ludzki hormon wzrostu**
2) postać farmaceutyczna	roztwór do iniekcji domięśniowych lub podskórnych
3) dawkowanie	0,33mg-0,37mg (1,0-1,1 IU)/kg masy ciała/tydz.

4. Opis problemu zdrowotnego

N 18 - przewlekła niewydolność nerek

Przewlekłą niewydolność nerek (PNN) (N18) rozpoznaje się wtedy, gdy klirens kreatyniny jest niższy aniżeli 75 ml/1,73m^2/min. Poza leczeniem choroby zasadniczej, stan ten wymaga także leczenia osteodystrofii mocznicowej tak, aby stężenie parathormonu (PTH) było 2.-3. krotnie wyższe od normy. Stan ten wymaga również uzupełniania sodu, jeśli zachodzi taka potrzeba oraz wyrównywania kwasicy, stosowania odpowiedniej diety, uwzględniającej stopień niewydolności nerek oraz w przypadku niedokrwistości, podawania rekombinowanej ludzkiej erytropoetyny. Przewlekła niewydolność nerek (PNN) wiąże się także z upośledzeniem lub zahamowaniem wzrastania, pomimo właściwego leczenia choroby zasadniczej i przeszczepienia nerek. Około 50% dzieci, u których PNN rozpoczęła się w dzieciństwie, a leczenie nerkozastępcze rozpoczęto przed 15 rokiem życia osiąga bowiem wyróżniająco niski wzrost ostateczny, poniżej 3 centyla.

Patogeneza

Wśród przyczyn opóźnienia wzrastania dzieci z przewlekłą niewydolnością nerek wymienia się pierwotną chorobę nerek, niedożywienie, osteodystrofię, zaburzenia endokrynne, wodno-elektrolitowe, a ponadto anemię, kwasicę oraz nieprawidłową odpowiedź tkanek na działanie hormonu wzrostu (GH), którego stężenie u dzieci z PNN jest prawidłowe i nie zmienia się wraz z obniżaniem się przesączania kłębkowego. Uważa się, że nieprawidłowa odpowiedź tkanek na hormon wzrostu spowodowana jest obniżoną ekspresją receptora dla hormonu wzrostu i obniżoną biodostępnością insu1inopodobnego czynnika wzrostu - I (IGF-I), który w zdecydowanej większości krąży w krwi w postaci kompleksu związanego z białkami wiążącymi (IGF bindings proteins - IGFBPs), przede wszystkim w postaci

IGFBP-3. Poprawę wzrastania po zastosowaniu hormonu wzrostu uzyskuje się u dzieci z PNN głównie dzięki normalizacji stosunku IGF-I do IGFBP-3. Po podaniu hormonu wzrostu w surowicy krwi tych pacjentów stwierdza się, bowiem wyższe stężenia wolnego, nie związanego z białkami, IGF-I, co zwiększa jego biodostępność dla chrząstki wzrostowej.

Przebieg choroby.

Dzieci z PNN charakteryzuje znacznego stopnia niedobór wzrostu, pogłębiający się w miarę trwania choroby. Nie podjęcie leczenia hormonem wzrostu powoduje pogłębianie się niedoboru wzrostu, co nieuchronnie prowadzi do trwałego kalectwa, ponieważ na skutek skrajnej niskorosłości zdecydowana większość spośród tych dzieci, pomimo prawidłowego rozwoju intelektualnego, nigdy nie podejmie pracy zawodowej, wymagając od wkroczenia w wiek dojrzały rent inwalidzkich i innych świadczeń społecznych. Znaczna część spośród tych osób ulega także degradacji społecznej, gdyż jest nieakceptowana (izolowana) przez środowisko, zarówno w miejscu zamieszkania, szkole, jak również przy podejmowaniu prób podjęcia pracy zawodowej. Brak akceptacji takiego dziecka przez środowisko prowadzi także do jego gorszego rozwoju, na skutek zmniejszenia aktywności życiowej i intelektualnej, spychając dziecko na margines społeczeństwa.

Rokowanie.

W przypadku niskorosłości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek leczenie hormonem wzrostu jest leczeniem z wyboru i prowadzone jest zarówno w okresie przeddializacyjnym, w czasie leczenia nerkozastępczego i niekiedy po przeszczepieniu nerki. W przypadku niepodjęcia takiego leczenia, nawet po udanej transplantacji nerki, dziecko pozostaje bowiem patologicznie niskie.

Epidemiologia

W okresie dojrzewania niskorosłość mocznicową częściej obserwuje się u chłopców. Udany przeszczep nerki wpływa na przyspieszenie tempa wzrastania, ale nie pozwala na osiągnięcie przez te dzieci wzrostu ostatecznego zbliżonego do zdrowych rówieśników, co nawet przy dobrej rehabilitacji fizycznej i psychicznej bywa przyczyną tragedii życiowych, spychając dziecko na margines społeczeństwa.

5. Opis działania leku

Hormon wzrostu spełnia różną funkcję, zależnie od okresu rozwoju organizmu. W okresie wzrastania stymuluje wzrost i podziały komórek, w tym wzrost chrząstki, a za pośrednictwem chrząstki przynasadowej wzrost kości na długość. Stymuluje także podziały innych komórek. Moduluje również przebieg dojrzewania płciowego, wpływa na gospodarkę lipidową, węglowodanową i białkową, a ponadto na gospodarkę wodno-elektrolitową, mineralizację szkieletu, układ mięśniowy i krążenia. Hormon wzrostu działa poprzez receptor błonowy, z rodziny receptorów cytokin, w wielu swoich

działaniach za pośrednictwem IGF-I.

Wpływ hormonu wzrostu na układ kostny, w tym chrząstkę (płytkę) wzrostową (przynasadę) kości długich jest istotny dla pobudzania wzrastania. Zachowanie przyrostu kości na długość wymaga zapewnienia odpowiedniej ich mineralizacji (Bone Mineral Content - BMC), co związane jest z zapewnieniem wysokiego obrotu kostnego, czyli resorpcji i nowotworzenia substancji kostnej. Hormon wzrostu działa na wszystkie te parametry pośrednio i bezpośrednio, poprzez swoiste receptory zlokalizowane na osteoblastach i osteoklastach, tj. komórkach kościotwórczych i kościogubnych. Pośrednie działanie hormonu wzrostu na tkankę kostną odbywa się poprzez IGF-I i jego białko wiążące (IGFBP-3), wytwarzane pod wpływem hormonu wzrostu w wątrobie i lokalnie w wielu innych tkankach, w tym m.in. w kościach i chrząstce. IGF-I, wytwarzany w osteoblastach, ma zasadnicze znaczenie dla utrzymaniu odpowiedniej gęstości tkanki kostnej (Bone Mineral Density - BMD). IGFBP-3 zwiększa aktywność IGF-I w jego działaniu mitogennym w stosunku do osteoblastów i w wytwarzaniu przez te komórki kolagenu typu I. Preparaty rekombinowanego, ludzkiego hormonu wzrostu wywierają wszystkie działania endogennego hormonu zarówno w zakresie promowania procesów wzrastania, jak również oddziaływania na procesy metaboliczne zachodzące w organizmie.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

Osiągnięcie przez pacjenta niewyróżniającej wysokości ciała, tj. uzyskanie po zakończeniu procesów wzrastania wysokości ciała większej aniżeli 10 centyli oraz uzyskanie odpowiedniej minerealizacji kośćca przed wkroczeniem w wiek dojrzały.

7. Kryteria włączenia do programu,

Leczenie rekombinowanym ludzkim hormonem wzrostu dzieci z niskorosłością mocznicową zawierają Standardy Medyczne 2000; 2, (12), 13-14.

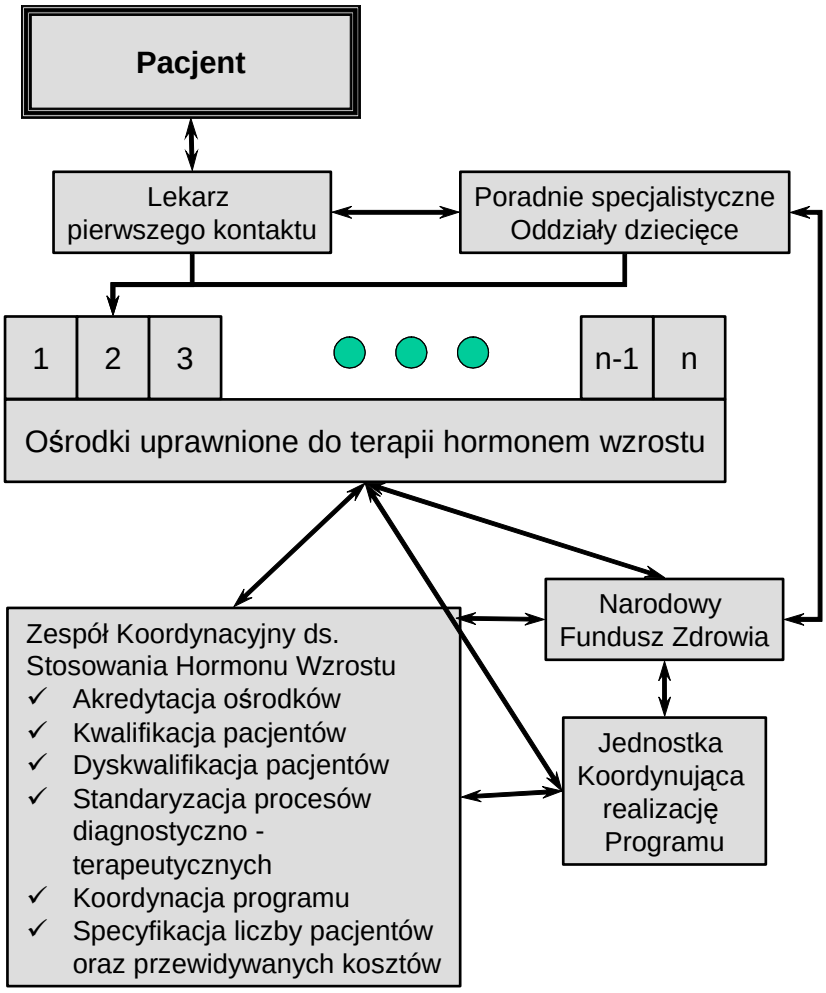
Zasadnicze kryteria sugerujące niskorosłość w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek (PNN):

- klirens kreatyniny niższy aniżeli 75m1/l,73m^2/min,
- wysokość ciała dziecka poniżej 3 centyla, dla płci i wieku metrykalnego,
- stężenie kreatyniny w surowicy krwi wyższe aniżeli 2mg%,
- opóźniony wiek szkieletowy, < 12,5 lat dla chłopców i < 11,5 lat dla dziewczynek, oceniony według norm opracowanych przez Greulich'a i Pyle,
- wykluczenie innych przyczyn niskorosłości.

Do wdrożenia terapii niezbędne jest wysłanie odpowiedniego "Wniosku o przydzielenie preparatu

hormonu wzrostu w przewlekłej niewydolności nerek" na adres Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu i zaakceptowanie wniosku przez ten Zespół. Obligatoryjnie, poza kryteriami podanymi powyżej, wniosek zawierać musi również wyniki niezbędnych konsultacji i badań dodatkowych wynikających z indywidualnych potrzeb dziecka.

Schemat kwalifikowania pacjentów do terapii hormonem wzrostu, monitorowania i zakończenia terapii przedstawia rycina.



8. Kryteria wykluczenia z programu

- inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości,
- zaburzenia przemian węglowodanowych,
- choroba nowotworowa w wywiadzie,
- niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego hormonem wzrostu < 3cm/rok (nie dotyczy dziewcząt z wiekiem kostnym > 14 lat oraz chłopców z wiekiem kostnym >16 lat),

- osiągnięcie wieku kostnego > 16 lat przez dziewczynkę i > 18 lat przez chłopca.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Monitorowanie terapii hormonem wzrostu u pacjentów z PNN obejmuje:

- pomiar stężeń: Ca, P, glukozy, PTH (intact PTH), fosfatazy alkalicznej, albumin, ocena morfologii krwi obwodowej i gazometrii - co 1 miesiąc,
- pomiar stężeń kreatyniny i mocznika - co 3 miesiące,
- pomiary antropometryczne - co 3 miesiące,
- badania obrazowe:
    1. *RTG kośćca (stawy biodrowe, kolanowe) - co 12 miesięcy,*
    2. *RTGlewego śródręcza, w celu oceny wieku szkieletowego i stopnia uwapnienia kośćca - co 6 miesięcy,*
    3. *badanie gęstości mineralnej kośćca (densytometria) - co 12 miesięcy,*
- kontrola zaleconej diety - przy każdej wizycie,
- inne badania dodatkowe i konsultacje w zależności od indywidualnych potrzeb pacjenta.

Podstawowym wykładnikiem efektywności zastosowanej terapii hormonem wzrostu u niskorosłych dzieci z PNN będzie osiągnięcie przez dziecko niewyróżniającego wzrostu ostatecznego oraz uzyskanie odpowiedniej minerealizacji kośćca.

10. Monitorowanie wyników programu,

Monitorowanie prowadzonej terapii hormonem wzrostu oraz wyników programu odbywa się na podstawie analizy przedstawionych w załącznikach parametrów oraz indywidualnych danych, przekazywanych co 12 miesięcy, do Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu oraz do Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w postaci "Karty obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu niedoboru wzrostu w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek".

Określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu określają czas leczenia

11. Warunki Realizacji Programu:

Wysokospecjalistyczny oddział pediatryczny o profilu nefrologii wieku rozwojowego, z poradnią,

posiadający:

- odpowiednią do diagnozowania i leczenia przewlekłej niewydolności nerek oraz leczenia hormonem wzrostu i monitorowania takiej terapii bazę diagnostyczno-terapeutyczną,
- wysokospecjalistyczne laboratorium analityczne, czynne całą dobę,
- możliwość współpracy z innymi specjalistami (endokrynolog, urolog, okulista, neurolog, kardiolog, hemato-onkolog, itp.).
- wyodrębnioną chłodnię do przechowywania leku, z możliwością całodobowego monitorowania temperatury,
- pełnoprofilowy zakład radiodiagnostyki lub zapewniony dostęp do takiego zakładu,
- pracownię antropometryczną posiadającą zunifikowane mierniki norm, w tym m.in. siatki centylowe dla oceny rozwoju somatycznego, wg Palczewskiej i Niedźwieckiej, atlas Grulich'a-Pyle dla oceny wieku kostnego.

KwalifIkacje personelu:

- co najmniej 2 lekarzy ze specjalizacją z pediatrii i co najmniej 2. lekarzy ze specjalizacją z nefrologii,
- co najmniej 2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie terapii hormonem wzrostu.

Jednostka przystępująca do konkursu na realizację Programu wyraża zgodę na przystąpienie do wspólnego zakupu leku przez wszystkie jednostki realizujące Program, który przeprowadzony zostanie przez Jednostkę Koordynującą realizację Programu.

Świadczenia związane z realizacją Programu lekowego, finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, znajdują się w pozostałych rodzajach świadczeń:

procedury z katalogu, świadczeń szpitalnych,

porady w Poradni Nefrologii Wieku Rozwojowego

12. Piśmiennictwo:

1. Isaksson O.G.P., Lindahl A., Nilsson A., Isgaard J. Mechanism of the stimulator effects of growth hormone on longitudinal bone growth. Endocrine Rev 1987; 8: 426 - 438.

2. Ohlsson C., Bengtsson B., Isaksson O.G.P., Andreassen T., Slootweg M.C. Growth hormone and bone. Endocrine Rev 1998; 19: 55 -79.

3. Romer T.E., Walczak M., Szalecki M. Hormon wzrostu jako lek. Ordynator Lek. 2005, 5, (1), 22-47.

4. Palczewska L, Niedźwiecka Z. Wskaźniki rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży warszawskiej. Med. Wieku Rozw. 2001, 5, (supl), 17-118.

5. Fine R.N., Pyke-Grimme K., Nelson P.A. i wsp. Recombinant human growth hormone (rhGH) treatment of children with chronic renal failure (CRF): long-term (one to three years) outcome. Pediatr Nephro11991; 5: 477.

6. Powell D.R., Liu-Bonita F. i wsp. Effect of chronic renal failure and growth hormone therapy on the insuline-like growth factors and their binding proteins. Pediatr Nephrol. 2000, 14, 579 - 583.

7. Stefanidis C.J. When to start recombinant human growth hormone in children with chronic renal insufficiency. Proceedings - 3rd Novo Nordisk Workshop on CRI, Lausanne 1996; 48 - 51.

8. Fine R.N., Kohaut E., Brown D i wsp. Long-term treatment of growth retarded children with chronic renal insufficiency, with recombinant human growth hormone. Kidney Int 1996; 49: 781 -785.

9. Pańczyk-Tomaszewska M., Ziółkowska H., Roszkowska-Blaim M. Leczenie rekombinowanym ludzkim hormonem wzrostu dzieci z niskorosłością mocznicową. Standardy Medyczne 2000; 2, (12), 13-14.

10. Ranke M.B., Wilton P. i wsp. Growth hormone therapy in KIGS - 10 years' experience. Johann Ambrosius Barth Verlag; Heildelberg, Leipzig 1999.

11. Renehan A.G., Zwahlen M., Minder C. i wsp.: Insulin like growth factor (IGF) –I, IGF binding protein-3, and cancer risk: systematic review and meta-regression analysis. Lancet 2004, 363, 1346-1353.

13. Załączniki

Załącznik 1. Wzór wniosku o zakwalifikowanie do leczenia hormonem wzrostu dla pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY D/S STOSOWANIA HORMONU WZROSTU
WNIOSEK
o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w przewlekłej niewydolności nerek
(Prosimy wypełnić maszynowo lub pismem drukowanym w czarnym kolorze!)

Nr wniosku _____ Inicjały pacjenta _____ 1. PESEL pacjenta ____

2. Data wystawienia wniosku

A. Dane personalne pacjenta i jednostka kierująca.

3. Imię _____ 4. Nazwisko _____

5. Data urodzenia _____ 6. Płeć (1 = K, 2 = M) _____

Ojciec:

7. Imię _____ 8. Nazwisko _____

Matka:

9. Imię _____ 10. Nazwisko _____

11. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

12. Imię _____ 13. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

14. Miejscowość _____ 15. Kod _____

16. Poczta _____ 17. Ulica _____

18. Nr domu _____ 19. Nr mieszk._____ 20. Woj._____

21. Tel. dom. _____ 22. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów

Jednostka wystawiająca wniosek:

23. Pełna nazwa _____

_____

24. Miejscowość_____ 25. Kod _

26. Ul._____ 27. Nr___

28. Tel._____ 29. Fax_____

30. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

31. Imię _____ 32. Nazwisko _____

podpis i pieczątka lekarza:

podpis i pieczątka Kierownika jednostki uprawnionej do terapii hormonem wzrostu

_____ _____

B. Dane auksologiczne:

33. Wysokość ciała (w cm)_____ 34. Centyl _____ 35. Data pomiaru_____

36. Masa ciała (w kg) _____ 1. Data pomiaru _____

37. Centyl dla wieku wzrostowego _____

38. BMI _____ 39. Wiek kostny *) _____

40. Data rtg _____ 41. Metoda oceny wieku kostnego _____

Tempo wzrastania przed leczeniem

(co najmniej 6 mies. okres obserwacji w ośrodku wystawiającym wniosek):

42. Wysokość ciała _____ cm 43. Data I pomiaru _____

44. Wys. ciała **) _____ cm 45. Data II pomiaru **) _____

46. Szybkość wzrastania _____ cm/rok 47. caSDS _____ 48. baSDS _____

*)Do wniosku należy dołączyć rtg lewej dłoni z nadgarstkiem i wykres tempa wzrastania na siatce centylowej.

**)Punkty 44 i 45 powinny zawierać te same dane co punkty 33 i 35.

Rodzice[1)]:	Wysokość ciała (cm/centyl)	Masa ciała (kg)	Rok urodzenia	Przebieg dojrzewania
Ojciec:	49. _____ cm/ _____c	50. _____	51. _____	52. _____[2)]
Matka:	53. _____ cm/ _____c	54. _____	55. _____	56. _____[3)]

1) Podać tylko wartości mierzone przez ośrodek kierujący.

2) Dojrzewanie – podaj odpowiednio: 1) wczesne, 2) normalne, 3) późne, 4) brak danych

3) I miesiączka – podaj odpowiednio: 1) poniżej 12 l, 2) 12-14 l, 3) powyżej 14 l, 4) brak danych

C. Wywiad:

57. Masa ciała przy urodzeniu (g) _____ 58. Długość ciała (cm) _____ 59. Obwód głowy (cm) _____

60. Który poród _____ 61. Która ciąża_____ 62. Czas trwania ciąży w tyg. _____[1), 2) *)]

63. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) , gdy N wypełnić 64

64. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

_____

_____

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

Poród (T/N):

65. Fizjologiczny, siłami natury ____ 66. Pośladkowy_____ 67. Cięcie cesarskie _____ 68. Inne _

Akcja porodowa (T/N): _____

69. Samoistna _____ 70. Wspomagana _____ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)

71. Uraz porodowy_____ 72. Niedotlenienie i resuscytacja _____

73. Stan po urodzenbiu wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min _____

74. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

_____

_____

_____

_____

Inne dane z wywiadu:

75. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania i sposób jej leczenia _____
76. Białaczka – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania _____

    rodzaj (opis): _____

    _____
77. Inne choroby rozrostowie (T/N), jeśli tak to proszę podać rozpoznanie choroby i sposób jej leczenia_____

    _____

78. Alergie / egzema - (T/N) _____ 79. Hipogonadism - (T/N) _____ 80. Hipoglikemia - (T/N) _____

Leczenie:

81. Naświetlania - (T/N): _____ czaszki, kręgosłupa, gonad, całego ciała *(zakreśl odpowiednie*)
82. Leki cytostatyczne – (T/N) _____
83. Inne choroby przewlekłe (T/N) _____

    Jeśli Tak – wymień jakie: _____

    _____

    Podaj także, inne dane np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, bóle głowy, zaburzenia widzenia, często powtarzające się choroby, inne _____

    _____

    _____

    _____

    (W przypadku braku miejsca, proszę dołączyć dane na osobnym arkuszu oznaczonym Nr 84)
84. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____
    Jeśli TAK, to proszę wypełnić odpowiednią stronę w arkuszu: Przebieg Dotychczasowego Wzrastania.

D. Stan przedmiotowy:

85. Data badania _____

86. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe).
(w przypadku braku miejsca, proszę dołączyć dane na osobnym arkuszu oznaczonym Nr 86)

_____

_____

_____

_____

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

87. Data badania _____ 88. Thelarche _____ 89. Pubarche_____

Jądro prawe (T/N) 90. W mosznie_____ 91. W kan. pachw. _____ 92. Brak_____

Jądro lewe (T/N) 93. W mosznie_____ 94. W kan. pachw. _____ 95. Brak_____

Objętość w ml: 96. Lewe _____ 97. Prawe _____

98. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: _____

1) wczesne 2) normalne 3) późne 4) nieznane

E Zgłoszenie pacjenta z PNN do leczenia GH

99. Rozpoznanie, przyczyna pnn _____

_____

_____

_____

100. Data rozpoznania pnn _____

101. Data rozpoczęcia dializ _____

102. Metoda dializ _____ (daty) _____

103. Czy był przeszczep nerki _____ (daty) _____

104. Badanie laboratoryjne:

Morfologia_____

Mocznik _____ Kreatynina_____ FA _____

Ca, P_____ PTH _____ Glikemia _____

Białko całkowite _____ Albuminy _____

Cholesterol _____ TG _____

105. Stosowana dieta_____

_____

kalorie _____ białko _____

106. Stosowane leczenie _____

Alfakalcidol_____ lub inny aktywny metabolit witaminy D _____

Calcium carbonicum. _____

Inne leki _____

_____

F. Inne, niż hormonalne badania dodatkowe ważne dla rozpoznania

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania – wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu, hipoglikemii, zaburzeń zagęszczania moczu, chorób układowych, zaburzeń wchłaniania, chorób metabolicznych, kariotyp lub chromatyna płciowa i inne).

_____

_____

107. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu

_____

_____

_____

_____

_____

_____

UWAGA!

1. Wniosek bez RTG dłoni (wiek szkieletowy) oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania, siatki centylowej – nie będzie rozpatrywany.
2. Wnioski wypełnione nieczytelnie będą odsyłane
3. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych badań, a jednak koniecznych do rozpoznania, należy skierować pacjenta do regionalnego ośrodka akademickiego.

Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu dziecko będzie leczone preparatami zakupionymi przez Ośrodek Koordynujący Program ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu.

Lekarz prowadzący:

Imię _____ Nazwisko _____

Data _____

podpis i pieczątka lekarza:

_____

podpis i pieczątka Kierownika jednostki uprawnionej do terapii hormonem wzrostu

_____

Załącznik do wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w przewlekłej niewydolności nerek:

POMIARY ANTROPOMETRYCZNE

Nazwisko i imię _____

Data urodzenia_____ Wiek _____ Pesel _____

Długość urodzeniowa_____ Urodzeniowa masa ciała_____

Wiek ciążowy _____

Wysokośc ciała ojca_____(cm) Wysokośc ciała matki _____ (cm)

	Przed lecz.	Po 3 mies.	Po 6 mies.	Po 9 mies.	Po 12 mies.
Data					
Wysokość ciała (cm)					
SDS					
Δ wysokości ciała (cm) 0-6 m-cy					
Δ wysokości ciała od „0”					
Δ SDS 6 m-cy/ ”0”					
Masa ciała (kg)					
SDS					
Obwód ramion (cm)					
SDS					
Fałdy: Triceps Biceps Subscap. Brzuszny					
Stadium pokwit.					
BMI					

Załączyć siatkę centylową

Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w przewlekłej niewydolności nerek:

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

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania hormonu zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz przyjeżdżania na badania kontrolne w wyznaczonych terminach

Data _____ Podpis opiekuna _____

Podpis lekarza_____

Załącznik 2. Karta obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu niedoboru wzrostu w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek

Karta obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu niedoboru wzrostu w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek

Nazwisko i imię _____

PESEL pacjenta _____

Data ur. _____ Nr historii choroby _____

Rozpoznanie _____

Czas wystąpienia przewlekłej niewydolności nerek _____

Początek dializ _____

Sposób dializowania _____

Powikłania dializoterapii _____

_____

Przebieg leczenia _____

Początek leczenia _____

miesiące obserwacji	0	3	6	9	12	15
Dawka GH mg/kg/tydz. (IU/kg/tydz.)						
Częstość iniekcji						
Calcium Carbo.(g/24h)						
Alfacalcidol (µg/kg/24h)						
Epo (j/kg/tydz.)						
Inne leki						
Powikłania						
Wysokość ciała (cm)						
masa ciała (kg)						

Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do dalszej terapii hormonem wzrostu dziecko będzie leczone preparatami zakupionymi przez Ośrodek Koordynujący ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Imię i nazwisko lekarza: _____

Data _____

podpis i pieczątka lekarza:

podpis i pieczątka Kierownika jednostki uprawnionej do terapii hormonem wzrostu:

_____ _____

Tabela Badania niezbędne u pacjentów z PNN otrzymujących GH (monitorowanie terapii)

Badania	Ilość / rok	Częstość / rok
Morfologia krwi	5	Co 3 m-ce
Kreatynina	5	Co 3 m-ce
Mocznik	5	Co 3 m-ce
Gazometria	5	Co 3 m-ce
Fosfataza zasadowa	5	Co 3 m-ce
Glikemia	5	Co 3 m-ce
Cholesterol	5	Co 3 m-ce
Triglicerydy	5	Co 3 m-ce
PTH	13	Co 1 m-c
Na, K, Ca, P	13	Co 1 m-c
Densytometria	3	Co 6 m-cy
Antropometria	3	Co 6 m-cy
Wiek szkieletowy	3	Co 6 m-cy
USG przytarczyc	3	Co 6 m-cy
Rtg stawów biodrowych	1	Co12 m-cy
Rtg stawów kolanowych	1	Co 12 m-cy
Biopsja kości *	2	Co 12 m-cy

**** Badanie zależne od decyzji zespołu prowadzącego. Badanie wymaga hospitalizacji w oddziałach nefrologii i chirurgii dziecięcej.***

Karta wyników badań dodatkowych u dzieci z PNN otrzymujących GH (monitorowanie terapii)

Nazwisko i imię _____

PESEL _____

Rodzaj badania / Miesiące	0	3	6	9	12	15
Ca (mEq/l)						
Ca^{++} (mEq/l)						
P (mEq/l)						
FA + izo j.m.						
iPTH (pg/ml)						
Densytometria						
Wiek Kostny						
Biopsja kości						
USG przytarczyc						
Mocznik (mg%)						
Kreatynina (mg%)						
Glikemia (mg%)						
Cholesterol (mg%)						
Triglicerydy (mg%)						
Hb/ Ht						
HCO_3/BE						

1. Nazwa programu:

LECZENIE CHOROBY HURLER LARONIDAZĄ

2. Dziedzina medycyny:

Pediatria.

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**laronidaza**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	fiolki zawierające 2,9 mg leku do wlewów i.v.
3) dawkowanie:	0,58 mg / kg m.c. (100 j.m./kg m.c.) w cotygodniowym wlewie dożylnym. Czas infuzji wynosi około 3-4- godzin.

4. Opis problemu zdrowotnego

E-76.0 - Mukopolisacharydoza typu I - Choroba Hurler u dzieci.

Choroba Hurler należy do grupy mukopolisacharydoz, które stanowią jedną z najcięższych grup chorób metabolicznych. Jest dziedziczona w sposób autosomalny recesywny z defektem aparatu lizosomalnego. W przypadku mukopolisacharydozy typu I deficytowym enzymem jest α-L-iduronidaza.

Patogeneza

W patomechanizmie choroby kluczowe są nie tylko mechaniczne skutki spichrzania ale głównie efekt toksyczny i uszkadzający cytokin.

Przebieg choroby.

Choroba klinicznie manifestuje się postępującym i wyniszczającym procesem chorobowym. W wyniku procesu spichrzania uszkodzeniu i niszczeniu podlegają komórki wszystkich tkanek. Najwcześniej i najdotkliwiej manifestuje się to w zakresie układu nerwowego (ośrodkowego i obwodowego) oraz w tkance łącznej:

1) narząd ruchu;

2) układ oddechowy;

3) układ sercowo-naczyniowy.

Dodatkowymi cechami klinicznymi choroby Hurler są zmiany fenotypu:

1) gargoidalne rysy twarzy;

2) zmiany w układzie krążenia;

3) niskorosłość z deformacjami kośćca;

4) niedosłuch;

5) nawracające infekcje dróg oddechowych;

6) uporczywe biegunki;

7) upośledzenie umysłowe.

Rokowanie.

Długość życia pacjentów z MPS I jest bardzo różna. Dzieci z chorobą Hurler rzadko osiągają wiek dojrzewania, niektóre umierają bardzo wcześnie głównie wskutek infekcji lub chorób serca.

Epidemiologia

Choroba występuje z częstością ok. 1 na 100 000 tyś urodzeń.

5. Opis działania leku

Wskazaniem do leczenia laronidazą jest długotrwała substytucja enzymatyczna u pacjentów z potwierdzonym rozpoznaniem mukopolisacharydozy typu I (MPS I; niedobór α-L-iduronidazy) w celu leczenia nie neurologicznych objawów choroby Laronidaza jest polimorficznym wariantem ludzkiej α-L-iduronidazy otrzymywanym techniką rekombinacji DNA na hodowli komórek jajnika chomika. Laronidaza jest białkiem złożonym z 628 aminokwasów. Swoista aktywność preparatu wynosi 172 j / mg. Podawanie laronidazy polega

na wprowadzeniu do organizmu chorego brakującego enzymu, przez co uzupełnia się genetycznie uwarunkowany brak aktywnego białka enzymatycznego. Pozwala to na zainicjowanie katabolizmu nagromadzonych i gromadzących się mukopolisacharydów. Jednym z najłatwiej mierzalnych skutków mukopolisacharydozy jest wydalanie przez chorych dużych ilości mukopolisacharydów (głównie siarczanu heparanu i siarczanu dermatanu) z moczem. Stanowi to podstawę do wstępnego podejrzenia choroby, której ostateczne potwierdzenie opiera się na stwierdzeniu deficytu aktywności enzymu.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- zatrzymanie progresji choroby;
- normalizacja stanu klinicznego;
- ograniczenie ilości i stopnia powikłań choroby Hurler u chorych dzieci;
- umożliwienie prawidłowego rozwoju psychosomatycznego dzieci;
- stopniowa normalizacja objętości wątroby i trzustki;
- zwiększenie tempa przyrostu wysokości ciała chorych dzieci;
- zwiększenie tempa przyrostu masy ciała chorych dzieci;
- zwiększenie ruchomości poszczególnych stawów w zakresie od kilku do nawet kilkudziesięciu stopni;
- poprawa funkcji serca o jedną lub dwie klasy w skali NYHA;
- znamienna poprawę pojemności oddechowej.

7. Kryteria włączenia do programu,

- stwierdzenie braku lub niedoboru enzymu α-L-iduronidaza w leukocytach;
- potwierdzenie choroby testem genetycznym (DNA).
- wiek powyżej 5 r.ż.

8. Kryteria wykluczenia z programu,

• wystąpienie objawów nadwrażliwości na laronidazę.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Badanie podmiotowe i przedmiotowe:

• waga i wzrost dziecka;

• parametry hematologiczne (w szczególności Hb, płytki) ;

• parametry biochemiczne (ALAT kwaśna i alkaliczna fosfataza, chitotriozydaza, angiotensyna, poziomy witaminy B12, E i D, cholesterolu);

• objętość wątroby i śledziony mierzona w USG lub TK;

• badanie stanu kośćca RTG lub metodą rezonansu magnetycznego;

• badanie o.u.n. metodą rezonansu magnetycznego

• badanie EEG,

• badanie okulistyczne;

• badanie psychologiczne**.**

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informacje dotyczące monitorowania leczenia programem;
- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Cały przebieg leczenia, diagnostyki i monitorowania leczenia należy udokumentować w historii choroby w formie indywidualnego protokołu.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu, raz na 6 miesięcy, następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia laronidazą;
- datę rozpoczęcia leczenia;
- datę zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie zakończenia leczenia;
- zastosowane dawkowanie laronidazy;
- informację o sumarycznej dawce laronidazy wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- ocena wyników leczenia.

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Wysokospecjalistyczny oddział chorób metabolicznych dzieci, posiadający wieloletnie doświadczenie w leczeniu choroby Hurler.

Miejscem podawania leku (w ramach podwykonawstwa) mogą być wybrane przez pacjentów oddziały pediatryczne, znajdujące się w pobliżu miejsca zamieszkania pacjenta i zaakceptowane przez Świadczeniodawcę, który będzie pełnił rolę koordynatora programu. Oddział, w którym pacjent otrzymuje lek musi posiadać:

- salę zabiegową z zestawem do leczenia p/wstrząsowego
- możliwość wykonania badań analitycznych przez całą dobę

Kwalifikacje osób udzielających świadczeń:

- - Świadczeniodawca koordynujący program – co najmniej 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie pediatrii, z doświadczeniem w diagnozowaniu i leczeniu choroby Hurler,
- - Wykwalifikowany personel pielęgniarski (minimum 2 pielęgniarki)
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW LEFLUNOMIDEM

2. Dziedzina medycyny:

Reumatologia

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**leflunomid**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	tabl. 10mg, 20mg, 100mg
3) dawkowanie:	przez pierwsze trzy dni leczenia 100 mg (1 x dziennie 1 tabletka), następnie 20 mg raz dziennie przez minimum 6 miesięcy (do uzyskania remisji). W uzasadnionych przypadkach (wystąpienie działań niepożądanych) można dawkę leku obniżyć do 10 mg dziennie.

4. Opis problemu zdrowotnego

M 05 (Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów)

Przebieg choroby.

Przebieg choroby jest uwarunkowany wzajemnym oddziaływaniem na organizm elementów inicjujących proces chorobowy oraz mechanizmów odpowiedzialnych za jego rozwój. Komórki stale obecne w stawie, tj. fibroblasty, makrofagi i komórki dendrytyczne, poddawane są działaniom komórek infiltrujących błonę maziową stawu, limfocytów T i B, monocytów i mastocytów. Interakcja między różnymi komórkami a tkanką błony maziowej wyzwala działanie cząsteczek adhezyjnych, które biorą udział w dalszych oddziaływaniach międzykomórkowych oraz w prezentacji antygenu, sekrecji cytokin i enzymów odpowiedzialnych za degradację macierzy.

Rokowanie.

W rokowaniu należy uwzględnić, jaki przebieg będzie miała choroba (skłonność do remisji zapalenia błony maziowej, rozwój niepełnosprawności, pojawienie się nadżerek kostnych) oraz czy nie będzie miała wpływu na przedwczesną umieralność. Duże znaczenie wśród czynników, które można brać pod uwagę jako przyczyniające się do zwiększonego ryzyka występowania chorób układu krążenia i powikłań w grupie chorych z RZS, wymieniamy: zwiększone stężenie CRP, zaburzenia lipidowe u chorych z RZS, zwiększone stężenie homocysteiny, stosowanie

kortykosteroidów, czynnik reumatoidalny, palenie, ciężki przebieg choroby, mała aktywność fizyczna.

Epidemiologia.

Reumatoidalne zapalenie stawów jest rozpoznawane u osób powyżej 16 roku życia. Częstość choroby jest szacowana na około 1-2 % populacji. Kobiety chorują 2- 4 razy częściej niż mężczyźni.

5. Opis działania leku

Leflunomid należy do grupy leków przeciwreumatycznych modyfikujących przebieg choroby (DMARD). Aktywnym metabolitem leflunomidu jest związek o symbolu A771726, który hamuje enzym dehydrogenazę dihydroorotanu i wykazuje właściwości antyproliferacyjne. Ten szlak metaboliczny jest szczególnie istotny dla aktywowanych limfocytów T. Leflunomid hamuje również działanie TNFα, który odgrywa podstawową rolę w kaskadzie cytokin biorących udział w procesie zapalnym w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- uwolnienie chorego od bólu i innych objawów towarzyszących zapaleniu,
- zapobieganie strukturalnemu uszkodzeniu stawów i tkanek okołostawowych, których następstwem może być niepełnosprawność,
- utrzymanie fizycznej i psychicznej równowagi,
- redukowanie wzrostu umieralności związanej z toczącą się chorobą.

7. Kryteria włączenia do programu,

- pewne rozpoznanie reumatoidalnego zapalenia stawów w odniesieniu do kryteriów ARA z 1998;
- chorzy z obecnością czynników prognostycznych przemawiających za agresywnym przebiegiem choroby tj. z obecnością wczesnych nadżerek, zapaleniem naczyń, zapaleniem naczyniówki oka i innymi objawami pozastawowymi, szybkim zajęciem dużych stawów, obecnym wysokim mianem czynnika reumatoidalnego;
- niepowodzenie w leczeniu methotreksatem w dawce do 20 mg/ tydzień (o ile nie było objawów nietolerancji),lub innym tradycyjnym lekiem z grupy DMARD przez okres przynajmniej 3 miesięcy;
- prawidłowa morfologia krwi z rozmazem;
- prawidłowy poziom stężenia ALT (SGPT**) ;**

- wiek powyżej 18 roku życia;
- stopień aktywności schorzenia określony jako obecność 6 lub więcej bolesnych, 6 lub więcej obrzękniętych stawów z maksymalnych 28 stawów wg zmodyfikowanej skali Ritchie'go oraz sztywność poranna > 30 minut, stężenie we krwi CRP > 2.0 mg%, i OB.> 28mm/h;
- niewydolność nerek, istotne klinicznie podwyższenie stężenia kreatyniny, lub inne schorzenia nie pozwalające na włączenie methotreksatu;
- pacjenci u których wystąpiło zwłóknienie płuc jako powikłanie leczenia methotreksatem;
- pacjentka powinna wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń do 2 lat;

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- cały okres ciąży i karmienia a także planowana w okresie najbliższych dwóch lat od zakończenia terapii ciąża;
- zastoinowa niewydolność układu krążenia, niestabilna choroba wieńcowa, nieustabilizowane nadciśnienie tętnicze, przewlekła niewydolność oddechowa, przewlekła niewydolność nerek, przewlekła niewydolność wątroby;
- upośledzenie czynności szpiku ;
- anemia, neutropenia, leukopenia, trombocytopenia ;
- stwierdzone stany przedrakowe, choroby nowotworowe;
- obecność choroby alkoholowej, uzależnienie od substancji narkotycznych i lub leków, poalkoholowego uszkodzenia wątroby lub obecność każdej innej przewlekłej choroby wątroby;
- brak efektu leczenia po 6 miesiącach terapii.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Obejmuje ocenę odpowiedzi na leczenie.

Badanie podmiotowe i przedmiotowe:

- morfologia krwi z rozmazem raz w miesiącu przez pierwsze 3 miesiące terapii, a następnie co 3 miesiące w trakcie dalszej terapii;
- stężenie ALT (SGPT) kontrola w odstępach miesięcznych przez pierwsze 6 miesięcy następnie co 8 tygodni w trakcie dalszej terapii;
- CRP;
- OB;
- kreatynina;

Badania wykonuje się raz na 3 miesiące.

- RTG stawów dłoni, stóp (raz na 6 miesięcy) i klatki piersiowej (raz na 12 miesięcy);

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informacje dotyczące monitorowania leczenia;
- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu co 6 miesięcy następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia leflunomidem;
- daty rozpoczęcia leczenia;
- daty zakończenia leczenia;
- informacji o przyczynie zakończenia terapii;
- zastosowane dawkowanie leflunomidu;
- informacje o sumarycznej dawce leflunomidu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- ocenę wyniku leczenia (stopień uzyskanie poprawy i nasilenia działań niepożądanych) – standardowy kwestionariusz HAQ, skala VAS bólu i skala VAS aktywności choroby dokonana przez chorego i niezależnie przez lekarza, index Ritchie 28 stawowy, czas sztywności porannej, początkową i okresową ocenę stadium funkcjonalnego chorego;
- ocenę wyników leczenia wg skali DAS 28

Skala DAS 28 (Disease activity score) - wskaźnik aktywności choroby dla 28 stawów.

wzór na wyliczenie wskaźnika jest następujący:

DAS28 = 0,56x√(LBS28) + 0,28x√(LOS28) + 0,70xLn(OB) + 0,014 x (WSAC)

w którym:

LBS - oznacza liczbę bolesnych stawów z 28 możliwych

LOS - oznacza liczbę obrzękniętych stawów z 28 możliwych

OB. - wartość odczynu opadania krwinek czerwonych po 1 godzinie, zaś ln – oznacza logarytm naturalny

WSAC - wizualna skala aktywności choroby – jest to ocena ogólnego stanu zdrowia dokonana przez pacjenta wyrażona w mm na skali od 0 do 100 mm, w którym: 0 – oznacza całkowity brak aktywności, zaś 100 mm – najbardziej maksymalnie zły stan zdrowia.

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

- Reumatologiczny Oddział Szpitalny z Poradnią Reumatologiczną
- Pracownia RTG;
- Pracownia USG z możliwością diagnostyki stawów;
- Możliwość przeprowadzenia badań immunoenzymatycznych.

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu reumatologii,
- co najmniej 2 pielęgniarki
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO ZAPALENIA STAWÓW ETANERCEPTEM.

2.Dziedzina medycyny:

Reumatologia

2. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej **etanercept**

2) postać farmaceutyczna, dawka:

- proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań 25 mg.
- proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań 50 mg.

3) dawkowanie:

- dorośli 25mg podskórnie dwa razy w tygodniu lub 50mg podskórnie raz w tygodniu
- dzieci (pow. 4 roku życia) - 0,4 mg/kg masy ciała (do dawki maksymalnej 25 mg) podskórnie dwa razy w tygodniu
- dzieci (pow. 4 roku życia) - 0,4 mg/kg masy ciała (do dawki maksymalnej 25 mg) podskórnie dwa razy w tygodniu

4. Opis problemu zdrowotnego

- **M 05 (Serododatnie reumatoidalne zapalenie stawów),**
- **M 08 (Młodzieńcze zapalenie stawów)**

Przebieg choroby.

Przebieg choroby jest uwarunkowany wzajemnym oddziaływaniem na organizm elementów inicjujących proces chorobowy oraz mechanizmów odpowiedzialnych za jego rozwój. Komórki stale obecne w stawie, tj. fibroblasty, makrofagi i komórki dendrytyczne,

poddawane są działaniom komórek infiltrujących błonę maziową stawu, limfocytów T i B, monocytów i mastocytów. Interakcja między różnymi komórkami a tkanką błony maziowej wyzwala działanie cząsteczek adhezyjnych, które biorą udział w dalszych oddziaływaniach międzykomórkowych oraz w prezentacji antygenu, sekrecji cytokin i enzymów odpowiedzialnych za degradację macierzy.

Rokowanie.

W rokowaniu należy uwzględnić, jaki przebieg będzie miała choroba (skłonność do remisji zapalenia błony maziowej, rozwój niepełnosprawności, pojawienie się nadżerek kostnych) oraz czy nie będzie miała wpływu na przedwczesną umieralność. Duże znaczenie wśród czynników, które można brać pod uwagę jako przyczyniające się do zwiększonego ryzyka występowania chorób układu krążenia i powikłań w grupie chorych z RZS, wymieniamy: zwiększone stężenie CRP, zaburzenia lipidowe u chorych z RZS, zwiększone stężenie homocysteiny, stosowanie kortykosteroidów, czynnik reumatoidalny, palenie, ciężki przebieg choroby, mała aktywność fizyczna.

Epidemiologia.

Reumatoidalne zapalenie stawów jest rozpoznawane u osób powyżej 16 roku życia.. Częstość choroby jest szacowana na około 1-2 % populacji. Kobiety chorują 2-4 częściej niż mężczyźni.

U dzieci rozpoznawane jest młodzieńcze zapalenie stawów (M 08).

5.Opis działania leku

Etanercept jest białkiem receptorowym p75 Fc wiążącym się z ludzkim czynnikiem martwicy nowotworów, wytwarzanym metodą rekombinacji DNA. Czynnik martwicy nowotworów (TNF-Tumor Necrosis Factor) jest główną cytokiną biorącą udział w procesie zapalnym toczącym się w przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów. Etanercept kompetycyjnie hamuje wiązanie TNF z powierzchniowymi receptorami komórkowymi, zmniejszając w ten sposób aktywność biologiczną TNF. Etanercept może być stosowany pojedynczo lub w połączeniu z methotreksatem do leczenia czynnego, reumatoidalnego zapalenia stawów dorosłych, w przypadku, gdy stosowanie innych leków przeciwreumatycznych modyfikujących przebieg choroby jest niewystarczające. Etanercept stosowany jest również u dzieci od 4 do 17 lat w leczeniu czynnego, wielostanowego

młodzieńczego przewlekłego zapalenia stawów w przypadkach niewystarczającej odpowiedzi na methotreksat lub potwierdzonej nietolerancji methotreksatu.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- uwolnienie chorego od bólu i innych objawów towarzyszących zapaleniu;
- zapobieganie strukturalnemu uszkodzeniu stawów i tkanek okołostawowych, których następstwem może być niepełnosprawność;
- utrzymanie fizycznej i psychicznej równowagi;
- redukowanie wzrostu umieralności związanej z toczącą się chorobą.

7. Kryteria włączenia do programu,

- pewne rozpoznanie reumatoidalnego zapalenia stawów w odniesieniu do kryteriów ARA z 1998r.;
- chorzy z obecnością czynników prognostycznych przemawiających za agresywnym przebiegiem choroby tj. z obecnością wczesnych nadżerek, zapaleniem naczyń, zapaleniem naczyniówki oka i innymi objawami pozastawowymi, szybkim zajęciem dużych stawów, obecnym wysokim mianem czynnika reumatoidalnego, CRP i OB.;
- niepowodzenie w leczeniu dwoma tradycyjnymi lekami modyfikującymi przebieg choroby, w tym terapii methotreksatem w dawce 17.5 mg/ tydzień (o ile nie było objawów nietolerancji), przez okres przynajmniej 3 miesięcy;
- brak nadwrażliwości na etanercept;
- brak zastoinowej niewydolności serca;
- wykluczenie gruźlicy (RTG klatki piersiowej oraz ujemna próba tuberkulinowa);
- wiek powyżej 4 roku życia;
- stopień aktywności schorzenia określony jako obecność 6 lub więcej bolesnych, 6 lub więcej obrzękniętych stawów z maksymalnych 28 stawów wg zmodyfikowanej skali Ritchie'go oraz sztywność poranna > 30 minut, stężenie we krwi CRP > 2.0 mg%, i OB.> 28mm/h;
- pacjentka musi wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki etanerceptu;

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- stwierdzenie ciąży;

- alergia na lek;
- zakażenia o ciężkim przebiegu;
- przebyte infekcje, takie jak: zapalenie wątroby, płuc, śródmiąższowe zapalenie nerek w ciągu ostatnich 3 miesięcy;
- przebyte zakażenia oportunistyczne w ciągu ostatnich 2 miesięcy / Np. półpasiec/**,** aktywne infekcje Cytomegalowirusem, Pneumocystis carini , opornych na leki atypowych mykobakterii itp., zakażenie gruźlicze ;
- udokumentowana infekcja HIV;
- nasilenie się objawów niewydolności serca, płuc, nerek, wątroby w trakcie leczenia;
- stwierdzone schorzenia układu nerwowego a zwłaszcza stwardnienie rozsiane;
- wystąpienie pancytopenii i niedokrwistości plastycznej;
- stwierdzone stany przedrakowe, choroby nowotworowe, także rozpoznane i wyleczone w ciągu ostatnich 5 lat;
- obecność choroby alkoholowej, poalkoholowego uszkodzenia wątroby lub obecność każdej innej przewlekłej choroby wątroby;
- brak efektów leczenia po 6 miesiącach.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Obejmuje ocenę odpowiedzi na leczenie.

- badanie podmiotowe i przedmiotowe;
- morfologia krwi z rozmazem raz w miesiącu przez pierwsze 3 miesiące terapii, a następnie co 3 miesiące w trakcie dalszej terapii;
- Badanie laboratoryjne:
    - CRP;
    - OB;
    - kreatynina,

  Badania wykonuje się raz na 3 miesiące.
- Rtg stawów dłoni i stóp (raz na 6 miesięcy) oraz klatki piersiowej (raz na 12 miesięcy)

10. Monitorowanie wyników programu

W dokumentacji pacjenta zarówno ambulatoryjnej jak i szpitalnej należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informacje dotyczące monitorowania leczenia;

- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu raz na 6 miesięcy następujących danych:

- PESEL chorego;
- rozpoznanie choroby podstawowej;
- wskazania do leczenia etanerceptem;
- daty rozpoczęcie leczenia ;
- daty zakończenia leczenia;
- informację o przyczynie przerwania terapii;
- zastosowane dawkowanie etanereceptu ;
- informację o sumarycznej dawce etanereceptu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);
- ocenę wyniku leczenia - standardowy kwestionariusz HAQ, skala VAS bólu i skala VAS aktywności choroby dokonana przez chorego i niezależnie przez lekarza, index Ritchie 28 stawowy, czas sztywności porannej, początkową i okresową ocenę stadium funkcjonalnego chorego;
- ocenę wyników leczenia wg skali DAS 28

Skala DAS 28 (Disease activity score) - wskaźnik aktywności choroby dla 28 stawów.

wzór na wyliczenie wskaźnika jest następujący:

$$\mathbf{DAS28 = 0{,}56x\sqrt{(LBS28)} + 0{,}28x\sqrt{(LOS28)} + 0{,}70xLn(OB) + 0{,}014\ x\ (WSAC)}$$

w którym:

LBS - oznacza liczbę bolesnych stawów z 28 możliwych

LOS - oznacza liczbę obrzękniętych stawów z 28 możliwych

OB. - wartość odczynu opadania krwinek czerwonych po 1 godzinie, zaś **ln** – oznacza logarytm naturalny

WSAC - wizualna skala aktywności choroby – jest to ocena ogólnego stanu zdrowia dokonana przez pacjenta wyrażona w mm na skali od 0 do 100 mm, w którym:
0 – oznacza całkowity brak aktywności, zaś 100 mm – najbardziej maksymalnie zły stan zdrowia.

określenie czasu leczenia w programie.

Kryteria wyłączenia pacjenta z programu wyznaczają czas leczenia.

11. Warunki Realizacji Programu:

- Reumatologiczny Oddział Szpitalny z Poradnią Reumatologiczną
- Pracownia RTG;
- Pracownia USG z możliwością diagnostyki stawów;
- Możliwość przeprowadzenia badań immunoenzymatycznych.

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu reumatologii,
- co najmniej 2 pielęgniarki
- sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

Świadczenia związane z realizacją programu lekowego, finansowane przez Fundusz w pozostałych rodzajach świadczeń,

- hospitalizacje w oddziale reumatologicznym,
- porada specjalistyczna.

1. Nazwa programu:

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WZW TYPU C lub B INTERFERONEM ALFA PEGYLOWANYM

2. Dziedzina medycyny:

Choroby zakaźne

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

A) Interferon alfa pegylowany

1) nazwa substancji czynnej	**peginterferon alfa 2a lub 2b**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub roztwór do wstrzykiwań 135µg/0,5ml, 180µg/0,5ml lub 50, 80, 100, 120,150µg/0,5ml
3) dawkowanie i ilość leku/kurację:	135µg lub180µg lub 1,5µg/kg m.c./ tydzień przez 24 lub 48 tygodni Pacjentom o różnej masie ciała można podać zalecaną dawkę peginterferonu alfa 2b, stosując wstrzykiwacze lub fioki o różnym stężeniu, zgodnie z tabelą poniżej:

	Peginterferon alfa-2b	
masa ciała (kg)	zawartość preparatu (ug/0,5ml)	podawanie raz w tygodniu (ml)
<40	50	0,5
40-50	80	0,4
51-64	80	0,5
65-75	100	0,5
76-85	120	0,5
> 85	150	0,5

B) Rybawiryna

1) nazwa substancji czynnej	**ribavirinum**
2) postać farmaceutyczna, dawka	tabletki a 200 mg
3) proponowane dawkowanie i ilość leku/kurację:	• 1000mg/ dobę dla osób do 75 kg mc • 1200mg/ dobę dla osób powyżej 75kg mc w skojarzonej terapii z pegylowanym interferonem alfa-2a lub • 800mg/ dobę dla osób do 64 kg mc, • 1000mg/ dobę dla osób od 65 do 85 kg mc, • 1200mg/ dobę dla osób powyżej 85kg mc • w skojarzonej terapii z pegylowanym interferonem alfa-2b.

Interferon pegylowany może być stosowany

A) **w monoterapii** - u chorych z przeciwwskazaniami do stosowania rybawiryny.

B) **w leczeniu skojarzonym z rybawiryną** – u osób z przewlekłym zapaleniem wątroby typu C z nawrotem zakażenia lub po nieskutecznej terapii interferonem alfa lub interferonem alfa i rybawiryną.

Interferon alfa-2a pegylowany, zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi, może być także stosowany w monoterapii WZW typu B.

4. Opis problemu zdrowotnego

B 18.1 - przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B

B 18.2 - przewlekłe zapalenie wątroby typu C

WZW typu B

W Polsce nadal 55-60% zakażeń HBV spowodowanych jest kontaktem ze służbą zdrowia. Następną dużą grupą narażoną na zakażenie HBV są czynni narkomani przyjmujący preparaty dożylne.

Przebieg choroby.

Szacuje się, że na świecie ok. 2 miliardy ludzi miało kontakt z HBV, a ponad 350 milionów choruje na przewlekłe WZW B, z czego ok. 15-25% może umrzeć z powodu niekorzystnego przebiegu i skutków tego zakażenia – marskości wątroby lub pierwotnego raka tego narządu.

Rokowanie.

Ryzyko rozwoju marskości wątroby w przebiegu zakażenia HBV jest oceniane średnio na 30%, a u chorych z marskością wątroby czas przeżycia jest krótszy u HBeAg-dodatnich w porównaniu z pacjentami po serokonwersji w układzie „e". Ryzyko rozwoju raka wątrobowo-komórkowego występuje u wszystkich zakażonych HBV.

***Epidemiologia* (dane dla Polski za rok 2004).**

Polska należy obecnie do krajów o niskiej częstotliwości występowania zakażenia HBV. Po wprowadzeniu szczepień i upowszechnieniu sprzętu jednorazowego użytku nastąpił znaczący spadek świeżych zakażeń. Współczynnik zapadalności na WZW typu B w latach 80 wynosił 42-45/ 100 tys. mieszkańców, pod koniec lat 90 spadł do 12,5 /100 tys., w 2004 roku wynosił 3,86/100 tys. mieszkańców. Według aktualnych danych PZH i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii nosicielstwo wirusa w populacji polskiej wynosi 1,5%.

WZW typu C

Przebieg choroby i rokowanie

Większość zakażeń HCV przebiega bezobjawowo. Do zakażenia dochodzi najczęściej w wyniku zabiegów medycznych. Znaczny procent zakażeń występuje wśród pacjentów dializowanych, pacjentów onkologicznych i hematologicznych. Postacie objawowe, ostre dotyczą tylko około 10% chorych. Okres wylęgania wynosi około 50 dni. Wzrost aktywności transaminaz pojawia się po ok. 3-8 tygodnia od zakażenia, natomiast przeciwciała anty-HCV stwierdza się dopiero po kilkunastu tygodniach od zakażenia. Najbardziej miarodajną metodą diagnostyczną jest oznaczenie HCV-RNA. Około 65-85 % osób zakażonych rozwija zakażenie przewlekłe, które przez wiele lat może przebiegać bezobjawowo i wykrywane jest przypadkowo. W przebiegu zakażenia przewlekłego dochodzi nie tylko do uszkodzenia wątroby, ale także innych układów i narządów. Do niekorzystnych zejść zakażenia należy marskość wątroby i rak wątrobowokomórkowy.

Epidemiologia.

Według danych Państwowego Zakładu Higieny i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii uznawanych przez WHO, w Polsce zakażenie HCV dotyczy ok. 1,4% populacji, a liczba nowo wykrywanych infekcji zwiększa się z roku na rok. Współczynnik zapadalności (de facto obrazujący wykrywalność, gdyż ujęte są w nim zarówno zakażenia świeże jak i nabyte w przeszłości) wzrósł z

2,58 w 1997r. do 5,4/100 tys. mieszkańców w 2004 r. Wykrywane infekcje HCV to najczęściej zakażenia nabyte w przeszłości, rzeczywista liczba świeżych zakażeń nie jest znana, gdyż zwykle od początku przebiega skrycie. Dlatego też WZW typu C zwykle jest wykrywane przypadkowo, lub w późnej objawowej (marskość wątroby/pierwotny rak wątroby) fazie zakażenia.

Zakażenie HCV wśród dializowanych szacuje się na około 50% chorych

Oddzielnym problemem jest wysoki odsetek zakażonych wśród narkomanów uzależnionych od środków dożylnych - wynosi on do 90%.

5. Opis działania leku

Interferon alfa pegylowany

Pegylowana postać rekombinowanego interferonu alfa powstaje przez sprzężenie cząsteczki interferonu alfa z cząsteczką PEG (w zależności od preparatu z glikolem monometoksypolietylenowym lub glikolem bis-metoksypolietylenowym). Dodanie cząsteczki PEG do cząsteczki interferonu alfa zmienia jego właściwości farmakokinetyczne i farmakodynamiczne powodując między innymi wydłużenie końcowego okresu półtrwania do 60-80 godzin, podczas gdy dla standardowego interferonu wynosi około 3-4 godzin. Natomiast właściwości przeciwwirusowe i antyproliferacyjne są typowe dla rekombinowanego interferonu alfa.

Po związaniu się z interferonu ze swoistymi receptorami komórkowymi uruchamiane zostają mechanizmy wywołujące ekspresję genów, których produkty powodują:

- Wzrost liczby komórkowych cząstek adhezyjnych komórek efektorowych, co powoduje wspomaganie rozpoznawania antygenów wirusowych;
- Pobudzenie proliferacji oraz różnicowania czynnościowego limfocytów (zwiększenie efektywności limfocytów T);
- Zwiększenie aktywności komórek NK i makrofagów (zwiększenie cytotoksyczności niezależnej od antygenu oraz prezentacji antygenów wirusowych);
- Zwiększenie aktywności i liczby komórek wydzielających cytokiny, co powoduje wzrost aktywności cytotoksycznej limfocytów T.

Rybawiryna

Rybawiryna jest syntetycznym analogiem nukleozydowym, który w warunkach *in vitro* wykazuje aktywność przeciwko niektórym wirusom: RNA i DNA. Mechanizm działania rybawiryny stosowanej w skojarzeniu z interferonem alfa na wirusa HCV jest nieznany.
Nie ma merytorycznych wskazań do leczenia Rybawiryną w monoterapii.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

- zahamowanie replikacji wirusa
- poprawa stanu ogólnego pacjentów zakażonych wirusem HCV
- remisja lub spowolnienie procesu zapalnego i włóknienia
- przeciwdziałanie rozwojowi zmian marskich w wątrobie
- zmniejszenie ryzyka rozwoju raka pierwotnego wątroby

7. Kryteria włączenia do programu

Kryteria włączenia - WZW typu C

- obecność HCV RNA(+) w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej
- oznaczenie ilości kopii HCV RNA w badanym materiale
- oznaczenie genotypu wirusa
- przewlekłe zapalenie wątroby i wyrównana marskość wątroby
- zmiany zapalne i włóknienie w obrazie histopatologicznym wątroby (chorzy z genotypem 2 i 3 oraz z przeciwwskazaniami do biopsji nie wymagają biopsji wątroby)
- pacjenci z pozawątrobową manifestacją zakażenia HCV powinni być leczeni niezależnie od zaawansowania choroby w obrazie histopatologicznym
- wiek powyżej 18 roku życia, zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego

Kryteria włączenia - WZW typu B

- obecność antygenu HBs powyżej 6 miesięcy
- chorzy z HBe Ag (+) - DNA HBV powyżej10^5 kopii/ml
- chorzy z HBe Ag (-) - DNA HBV powyżej10^4 kopii/ml
- utrzymująca się podwyższona aktywność aminotransferaz
- zapalenie wątroby i włóknienie w obrazie histopatologicznym wątroby (w uzasadnionych przypadkach można odstąpić od biopsji wątroby)
- wiek powyżej 18 roku życia, zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w wątrobie pomimo wykrywania anty HCV
- niewyrównana marskość wątroby
- niewydolność krążenia
- niestabilna choroba wieńcowa

- niewyrównana cukrzyca insulinozależna
- wystąpienie objawów nadwrażliwości na interferon lub rybawirynę
- oporność na interferon
- choroby o podłożu autoimmunologicznym poza autoimmunologicznym zapaleniem wątroby typu II (anty-LKM -1)
- źle kontrolowana nadczynność tarczycy
- psychozy (aktualna depresja)
- choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy
- inne poważne choroby np. retinopatia lub padaczka
- chorzy uzależnieni od alkoholu i narkomani czynni lub z krótkim okresem abstynencji;
- ciąża i karmienie piersią
- wiek < 18 r.ż.

9. Monitorowanie wyników leczenia,

Monitorowanie stanu chorego:

Pacjenci z genotypem 2, 3 (leczenie przez 24 tygodnie)

Tydzień 0:

- AlAT
- morfologia krwi
- próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.

Tydzień 2, 4, 6, 8, 12, 16, 20, 24

- AlAT ,
- morfologia krwi

Tydzień 12 dodatkowo

- wskaźnik protrombinowy
- kreatynina
- kwas moczowy
- TSH
- fT_4

Tydzień 24

- wskaźnik protrombinowy
- GGTP
- fosfataza zasadowa
- kwas moczowy
- kreatynina

- TSH
- fT_4
- proteinogram
- HCV RNA ilościowy w surowicy metodą PCR
- USG jamy brzusznej

Pacjenci z genotypem 1, 4 (leczenie do 48 tygodni)

U chorych z włóknieniem wątroby ≤ 2 (staging), u których po 12 tygodniach terapii nie stwierdza się spadku wiremii poniżej 2 $\log_{10}$ leczenie należy przerwać.

U chorych z włóknieniem wątroby > 2 lub manifestacją pozawątrobową terapię kontynuuje się do 48 tygodni. Ocenę włóknienia przeprowadza się w skali 5 punktowej.

Tydzień 0

- morfologia krwi
- AlAT
- próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.

Tydzień 2,4,6,8,12,16,20,24,28,32,36,40,44,48

- morfologia krwi
- AlAT

Tydzień 12,24,36 dodatkowo

- wskaźnik protrombinowy
- kwas moczowy
- kreatynina
- TSH
- fT_4
- W 12 tygodniu HCV RNA ilościowy metodą PCR

Tydzień 48 dodatkowo

- wskaźnik protrombinowy
- morfologia krwi
- AlAT
- GGTP
- fosfataza zasadowa
- kwas moczowy
- kreatynina
- TSH
- fT4
- proteinogram
- HCV RNA ilościowy
- USG jamy brzusznej

Tydzień 72

- HCV RNA ilościowy

Monitorowanie stanu chorego:

WZW typu B

Tydzień 0:

- Morfologia
- AlAT

Tydzień 2, 4, 6, 8, 12,16, 20, 24, 28, 32,36, 40, 44, 48

- Morfologia
- AlAT

Tydzień 12, 24, 36, 48 dodatkowo:

- TSH
- fT_4

Tydzień 24 i 48:

- HBsAg
- HBeAg
- p/ciała anty HBe
- HBV DNA (test ilościowy) metodą PCR

Dodatkowo w momencie zakończenia leczenia (24 lub 48 tydzień):

- wskaźnik protrombinowy
- proteinogram
- USG jamy brzusznej

10. Monitorowanie wyników programu

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje dotyczące programu:

- informacje dotyczące monitorowania leczenia w ramach programu (wyniki badań)
- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowania wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do Oddziału Wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego
- datę rozpoczęcia leczenia
- datę zakończenia leczenia
- informację o sumarycznej dawce interferonu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia)

Powyższe dane należy przekazywać do oddziału wojewódzkiego NFZ, co 6 miesięcy, zbiorczo

Określenie czasu leczenia w programie.

Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C powinno trwać w zależności od genotypu wirusa HCV:

- przy genotypie 1 i 4 czas leczenia 48 tygodni.
- przy genotypie 2 i 3 czas leczenia 24 tygodnie
- U chorych z genotypem 3 terapia do 48 tygodni, jeżeli po 24 tygodniach nie uzyskano zaniku HCV RNA

Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B powinno trwać:

Przez 48 tygodni u chorych HBeAg (-) i co najmniej 24 tygodnie u chorych z HBeAg (+).

11. Warunki Realizacji Programu

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział chorób zakaźnych lub współpracująca z odziałem chorób zakaźnych poradnia: chorób zakaźnych; hepatologiczna; leczenia wzw, transplantacyjna (wyłącznie w przypadku pacjentów po przeszczepach narządów unaczynionych), zapewniająca możliwość stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia działań niepożądanych.

Powyższe dane należy przekazywać do Oddziału Wojewódzkiego NFZ, zbiorczo, w formie zakresu danych określonych załącznikiem 1 PZW B oraz załącznikiem 2 PZW C, załączonych poniżej:

Załącznik 1

PZW B
Ośrodek
PESEL
Przed leczeniem:
HBsAg + / -
HBeAg. + / -
Anty HBe . + / -
HBV DNA miano /metoda/
ALAT
Marskość TAK NIE
Wynik biopsji wątroby w skali Scheuer'a (o ile została wykonana)
Data rozpoczęcia leczenia

Data zakończenia leczenia
Terapia pierwsza /kolejna
W trakcie leczenia co 6 miesięcy
HBs Ag + / -
HBeAg + / -
Anty HBe + /-
HBV DNA miano /metoda/
ALAT
Mutanty YMDD obecne TAK NIE

Załącznik 2

PZW C	
Ośrodek	
PESEL	
Genotyp HCV	
Wiremia w dniu „0" – ilościowa	
Pierwsza terapia – reterapia	
Wynik biopsji wątroby – w skali Scheuer'a	
Waga	
Zastosowany lek	Peg Intron
	Pegasys
	Interferon rekombinowany
	Naturalny
Rybawiryna dawka mg/dobę	
Wiremia (ilościowa) w tygodniach 12 , 24 (z genotypem 2 i 3), 48 i 72	
Przyczyny przerwania leczenia	
1. działania uboczne –	
niedokrwistość	
neutropenia	

małopłytkowość
depresja
zapalenie tarczycy
2 . nieskuteczność
3. inne (jakie?)

Konieczne jest zapewnienie dostępu do badań:

- USG,
- RTG;
- EKG;
- biochemicznych krwi;
- serologicznych;
- wirusologicznych.

Kwalifikacje personelu

- przynajmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu chorób zakaźnych; lub przynajmniej 2 lekarzy specjalistów transplantologów, w przypadku realizacji programu przez poradnię transplantacyjną
- co najmniej 2 pielęgniarki
- sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WZW TYPU B LUB C INTERFERONEM ALFA NATURALNYM

- ***2. Dziedzina medycyny:***

Choroby zakaźne

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

Interferon alfa naturalny

1. nazwa substancji czynnej	**interferon alfa naturalny (leukocytarny)**
2. postać farmaceutyczna, dawka:	ampułki. po 3 000 000 j.m., ampułki po 6 000 000 j.m.
3. dawkowanie i ilość leku/kurację:	**HBV** - 6 MIU 3 x w tygodniu przez 24 tygodnie u pacjentów HBe(+) i 48 tygodni u pacjentów HBe(-) **HCV** - 3 MIU 3x w tygodniu przez 24 tygodnie niezależnie od genotypu, a w przypadku marskości 48 tygodni

Interferon alfa naturalny może być stosowany w monoterapii:

- w przewlekłym WZW typu B u dorosłych
- marskości pozapalnej po WZWB

Interferon alfa naturalny może być stosowany w leczeniu skojarzonym:

- w przewlekłym WZW typu C u dorosłych (z rybawiryną)
- marskości pozapalnej po WZW C

4. ***Opis problemu zdrowotnego***

B 18.1 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B

B 18.2 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C

WZW typu B

Czynniki ryzyka:

W Polsce nadal 55-60% zakażeń HBV spowodowanych jest kontaktem ze służbą zdrowia. Następną dużą grupą narażoną na zakażenie HBV są czynni narkomani przyjmujący preparaty dożylne (najczęściej współistnienie zakażenia HBV i HCV).

Przebieg choroby.

Szacuje się, że na świecie ok. 2 miliardy ludzi miało kontakt z HBV, a ponad 350 milionów choruje na przewlekłe WZW B, z czego ok. 15-25% może umrzeć z powodu niekorzystnego przebiegu i skutków tego zakażenia – marskości wątroby lub pierwotnego raka tego narządu.

Rokowanie.

Ryzyko rozwoju marskości wątroby w przebiegu zakażenia HBV jest oceniane średnio na 10-20 %, a u chorych z marskością wątroby czas przeżycia jest krótszy u HBeAg-dodatnich w porównaniu z pacjentami po serokonwersji w układzie „e". Ryzyko rozwoju raka wątrobowo-komórkowego występuje u wszystkich zakażonych HBV.

Epidemiologia **(dane dla Polski za rok 2002).**

Polska należy obecnie do krajów o niskiej częstotliwości występowania zakażenia HBV. Po wprowadzeniu szczepień i upowszechnieniu sprzętu jednorazowego użytku nastąpił znaczący spadek świeżych zakażeń. Współczynnik zapadalności na WZW typu B w latach 80 wynosił 42-45/ 100 tys. mieszkańców, pod koniec lat 90 spadł do 12,5 /100 tys., w 2004 roku wynosił 3,86/100 tys. mieszkańców. Wg aktualnych danych PZH i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii nosicielstwo wirusa w populacji polskiej wynosi 1,5%. Przyjmuje się, że ok. 10% z tej populacji rozwinie przewlekłe WZW.

WZW typu C

Przebieg choroby i rokowanie

Większość zakażeń HCV przebiega bezobjawowo. Do zakażenia dochodzi najczęściej w wyniku zabiegów medycznych. Znaczny procent zakażeń występuje wśród pacjentów

dializowanych, pacjentów onkologicznych i hematologicznych. Postacie objawowe, ostre dotyczą tylko około 30% chorych. Okres wylęgania wynosi około 50 dni. Wzrost aktywności transaminaz pojawia się po ok. 3-8 tyg. od zakażenia, natomiast przeciwciała anty-HCV stwierdza się dopiero po kilkunastu tygodniach od zakażenia. Najbardziej miarodajną metodą diagnostyczną jest oznaczenie HCV-RNA. Około 85% osób zakażonych rozwija zakażenie przewlekłe, które przez wiele lat może przebiegać bezobjawowo i wykrywane jest przypadkowo. W przebiegu zakażenia przewlekłego dochodzi nie tylko do uszkodzenia wątroby, ale także innych układów i narządów. Do niekorzystnych zejść zakażenia należy marskość wątroby i rak wątrobowokomórkowy.

Epidemiologia.

Wg danych Państwowego Zakładu Higieny i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii uznawanych przez WHO, w Polsce zakażenie HCV dotyczy ok. 1,4% populacji, a liczba nowo wykrywanych infekcji zwiększa się z roku na rok. Współczynnik zapadalności (de facto obrazujący wykrywalność, gdyż ujęte są w nim zarówno zakażenia świeże jak i nabyte w przeszłości) wzrósł z 2,58 w 1997r. do 5,4/100 tys. mieszkańców w 2004 r. Wykrywane infekcje HCV to najczęściej zakażenia nabyte w przeszłości, rzeczywista liczba świeżych zakażeń nie jest znana, gdyż zwykle od początku przebiega skrycie. Dlatego też WZW typu C zwykle jest wykrywane przypadkowo, lub w późnej objawowej (marskość wątroby/pierwotny rak wątroby) fazie zakażenia. Zakażenie HCV wśród dializowanych szacuje się na około 50% chorych

Oddzielnym problemem jest wysoki odsetek zakażonych wśród narkomanów uzależnionych od środków dożylnych wynosi do 90%. Szczególnie częstym zjawiskiem u narkomanów jest współzakażenie HIV/HBV/HCV.

5. Opis działania leku

Naturalny interferon leukocytarny jest jałowym, apirogennym, oczyszczonym ludzkim interferonem, uzyskanym z leukocytów pochodzących od zdrowych dawców. Stanowi mieszaninę 18 podtypów interferonu leukocytarnego alfa, obecnych fizjologicznie u ludzi w naturalnie występujących proporcjach. Proces technologiczny wyklucza potencjalne zagrożenie ze strony czynników zakaźnych, takich jak HBV, HCV, HIV-1 i HIV-2, oraz endotoksyn i obcych białek. Po związaniu się z interferonu ze swoistymi receptorami

komórkowymi uruchamiane zostają mechanizmy wywołujące ekspresję genów, których produkty powodują:

- Wzrost liczby komórkowych cząstek adhezyjnych komórek efektorowych, co powoduje wspomaganie rozpoznawania antygenów wirusowych
- Pobudzenie proliferacji oraz różnicowania czynnościowego limfocytów (zwiększenie efektywności limfocytów T)
- Zwiększenie aktywności komórek NK i makrofagów (zwiększenie cytotoksyczności niezależnej od antygenu oraz prezentacji antygenów wirusowych)
- Zwiększenie aktywności i liczby komórek CD4+ (wydzielających cytokiny), co powoduje wzrost aktywności cytotoksycznej limfocytów T

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

Szczególnie u pacjentów z przeciwwskazaniami do stosowania do interferonu pegylowanego i rekombinowanego oraz u pacjentów dializowanych.

WZW typu B

- zahamowanie replikacji HBV-DNA
- remisja lub spowolnienie procesu zapalnego i włóknienia (poprawa w badaniu histopatologicznym bioptatu)
- normalizacja biochemicznych wykładników funkcji wątroby,
- zmniejszenie zakaźności i szerzenia się zakażenia HBV
- zmniejszenie ryzyka rozwoju następstw zakażenia HBV

WZW typu C

- poprawa stanu ogólnego pacjentów zakażonych wirusem HCV
- zahamowanie replikacji wirusa
- remisja lub spowolnienie procesu zapalnego i włóknienia (poprawa w badaniu histopatologicznym bioptatu)
- przeciwdziałanie rozwojowi zmian marskich w wątrobie

- zmniejszenie ryzyka rozwoju raka pierwotnego wątroby

7. Kryteria włączenia do programu,

WZW typu B

• obecność antygenu HBs powyżej 6 miesięcy

• niepowodzenie terapeutyczne po leczeniu interferonem rekombinowanym lub interferonem pegylowanym i potwierdzona celowość ponownego rozpoczęcia leczenia

• nietolerancja i inne działania niepożądane po stosowaniu interferonu pegylowanego lub interferonu rekombinowanego

• zaawansowane włóknienie lub marskość wyrównana wątroby

• utrzymująca się podwyższona aktywność aminotransferaz

• stwierdzenie obecności HBV DNA w surowicy powyżej 10^5 kopii/ml

• zmiany histopatologiczne ustalone na podstawie biopsji wątroby, w uzasadnionych przypadkach (przeciwwskazania do biopsji) należy odstąpić od biopsji wątroby

• wiek powyżej 18 r.ż.

WZW typu C

• obecność HCV RNA(+) w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej

• niepowodzenie terapeutyczne po leczeniu interferonem rekombinowanym lub interferonem pegylowanym i potwierdzona celowość ponownego rozpoczęcia leczenia

• nietolerancja i inne działania niepożądane po stosowaniu interferonu pegylowanego lub interferonu rekombinowanego

• zaawansowane włóknienie lub marskość wyrównana wątroby

• oznaczenie genotypu wirusa

• zaawansowane włóknienie lub marskość wyrównana wątroby

• zmiany histopatologiczne ustalone na podstawie biopsji wątroby, w uzasadnionych przypadkach (przeciwwskazania do biopsji) należy odstąpić od biopsji wątroby

8. Kryteria wykluczenia z programu, (dotyczy WZW B i C)

• niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w wątrobie pomimo wykrywania anty HCV (dotyczy WZW typu C)

- niewyrównana marskość wątroby
- niewydolność krążenia
- niestabilna choroba wieńcowa
- niewyrównana cukrzyca insulinozależna
- wystąpienie objawów nadwrażliwości na interferon lub rybawirynę
- oporność na interferon
- choroby o podłożu autoimmunologicznym poza autoimmunologicznym zapaleniem wątroby typu II (anty-LKM -1)
- chorzy uzależnieni od alkoholu i narkomani czynni lub z krótkim okresem abstynencji
- ciąża i karmienie piersią
- wiek poniżej 18 r.ż., zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego
- ciężkie, wyniszczające choroby

9. Monitorowanie wyników leczenia, w zależności od typu zakażenia wirusem B lub C

Monitorowanie stanu chorego:

WZW typu B

Tydzień 0:

- Morfologia krwi
- AlAT
- Wskaźnik protrombinowy

Tydzień 2, 4,6, 8, 12,16 24,

- Morfologia krwi
- AlAT
- Kreatynina

Tydzień 12

- Wskaźnik protrombinowy
- morfologia krwi
- Kreatynina
- Kwas moczowy
- TSH
- fT4

Tydzień 24

- Wskaźnik protrombinowy
- morfologia krwi
- GGTP
- Fosfataza zasadowa
- Kwas moczowy
- Kreatynina
- TSH
- fT4
- proteinogram
- HBsAg
- HBeAg
- p/ciała anty HBe
- HBV DNA (test ilościowy) metodą PCR

WZW typu C

Tydzień 0:

- AlAT ,
- morfologia krwi,

Tydzień 2, 4, 6,8, 12, 16, 24,

- AlAT ,
- morfologia krwi

Tydzień 12

- Wskaźnik protrombinowy
- morfologia krwi
- Kreatynina
- Kwas moczowy
- TSH
- fT4

Tydzień 24 i 48

- Wskaźnik protrombinowy
- morfologia krwi
- GGTP
- Fosfataza zasadowa
- Kwas moczowy
- Kreatynina
- TSH
- fT4
- proteinogram
- HCV RNA jakościowy w surowicy metodą PCR

10. Monitorowanie wyników programu,

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje:

- informacje dotyczące monitorowania leczenia w ramach programu (wyniki badań)
- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego
- datę rozpoczęcia leczenia
- datę zakończenia leczenia
- informację o sumarycznej dawce interferonu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia)

Powyższe dane należy przekazywać do oddziału wojewódzkiego NFZ zbiorczo co 6 miesięcy zgodnie z załącznikiem 1 PZW B lub załącznikiem 2 PZW C.

Załącznik 1

PZW B
Ośrodek
PESEL
Przed leczeniem:
HBsAg + / -
HBeAg. + / -
Anty HBe + / -
HBV DNA /miano /metoda/
ALAT
Marskość TAK NIE
Wynik biopsji wątroby w skali Scheuer'a (o ile została wykonana)
Data rozpoczęcia leczenia
Data zakończenia leczenia
Terapia pierwsza /kolejna

W trakcie leczenia co 6 miesięcy
HBs Ag + / -
HBeAg + / -
Anty HBe + /-
HBV DNA /miano /metoda/
ALAT
Mutanty YMDD obecne TAK NIE

Załącznik 2

PZW C
Ośrodek
PESEL
Genotyp HCV
Wiremia w dniu „0" – ilościowa
Pierwsza terapia – reterapia
Wynik biopsji wątroby – w skali Scheuer'a
Waga
Zastosowany lek Peg Intron
Pegasys
Interferon rekombinowany
Naturalny
Rybawiryna dawka mg/dobę
Wiremia (ilościowa) w tygodniach 12 , 24 (z genotypem 2 i 3), 48 i 72
Przyczyny przerwania leczenia
1. działania uboczne –
niedokrwistość
neutropenia
małopłytkowość

depresja
zapalenie tarczycy
2 . nieskuteczność
3. inne (jakie?)

Określenie czasu leczenia w programie.

Leczenie powinno trwać zależnie od serologicznego typu zakażenia 24 lub 48 tygodni, zgodnie z charakterystyka produktu leczniczego.

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział chorób zakaźnych lub współpracująca z odziałem chorób zakaźnych poradnia: chorób zakaźnych; hepatologiczna; leczenia wzw; transplantacyjna (w przypadku pacjentów po przeszczepach narządów unaczynionych), zapewniająca możliwość stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia działań niepożądanych.

Konieczne jest zapewnienie dostępu do badań:

- USG,
- RTG;
- EKG;
- biochemicznych krwi;
- serologicznych;
- wirusologicznych

Kwalifikacje personelu

- przynajmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu chorób zakaźnych; lub przynajmniej 2 lekarzy specjalistów transplantologów, w przypadku realizacji programu przez poradnię transplantacyjną,
- co najmniej 2 pielęgniarki.

1. Nazwa programu:

LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WZW TYPU B LUB C INTERFERONEM ALFA REKOMBINOWANYM

2. Dziedzina medycyny:

Choroby zakaźne

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

A) Interferon alfa rekombinowany

1.	nazwa substancji czynnej	**interferon alfa-2a, interferon alfa-2b,**
2.	postać farmaceutyczna, dawka	**interferon alfa 2a** ampułko-strzykawki a 3mln j.m/0,5 ml ampułko-strzykawki a 6mln j.m/0,5 ml ampułko-strzykawki a 9mln j.m/0,5 ml **interferon alfa-2b** wielodawkowy automatyczny dozownik a 18 MIU, 30 MIU lub 60 MIU, zawierający 1,2 ml roztworu o stężeniu 15mln j.m./ml (6 dawek po 3 mln j.m.) lub 25mln j.m./ml (6 dawek po 5 mln j.m.) lub 50mln j.m./ml (6 dawek po 10 mln j.m.)
3.	dawkowanie i ilość leku/kurację:	**interferon alfa-2a** WZW typu B: 5 lub 6 MIU podskórnie 3 x w tygodniu przez 24 tygodnie u pacjentów z antygenem HBe(+) i przez 48 tygodni u pacjentów z HBe(-) WZW typu C: 3 MIU 3x w tygodniu przez 48 tygodni **interferon alfa-2b** WZW typu B: 5 lub 6 MIU podskórnie 3 x w tygodniu przez 24 tygodnie u pacjentów z antygenemHBe(+) i przez 48 tygodni u pacjentów z HBe(-) WZW typu C: 3 MIU 3x w tygodniu przez 48 tygodni Interferon alfa-2b może być stosowany w leczeniu przewlekłego WZW typu C u dzieci i młodzieży w wieku 3 lat i więcej, wcześniej nie leczonych, bez cech dekompensacji czynności wątroby i ze stwierdzonym HCV-RNA w surowicy - w dawce 3 mln j. m. 3 x w tygodniu analogicznie przez 24 i 48 tygodni.

B) Rybawiryna

1.	nazwa substancji czynnej	**Ribawiryna**
2.	postać farmaceutyczna, dawka	tabletki a 200 mg
3.	proponowane dawkowanie i ilość leku/kurację	1000mg/ dobę dla osób do 75 kg mc 1200mg/dobę dla osób powyżej 75kg mc, dawkowanie rybawiryny u dzieci – 15mg/kg mc/dobę

Interferon alfa rekombinowany może być stosowany

A) **w monoterapii**:

- w przewlekłym WZW typu B u dzieci > 3 r.ż oraz dorosłych
- w przewlekłym WZW typu C
  - u pacjentów dializowanych
  - u pacjentów przed lub po przeszczepach
  - u pacjentów z przeciwwskazaniami do stosowania lub nadwrażliwością na rybawirynę
  - u dzieci > 3 r.ż.

B) w leczeniu skojarzonym z rybawiryną

- w przewlekłym WZW typu C; u dzieci powyżej 3 r.ż (interferon alfa2b)

UWAGA: Interferon alfa rekombinowany w WZW typu C u dorosłych jest leczeniem suboptymalnym i powinien być stosowany tylko w przypadku niemożności zastosowania interferonu pegylowanego.

4. ***Opis problemu zdrowotnego***

B 18.1 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B

B 18.2 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C

B 18.1 i B 18.2 Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby – współistnienie zapalanie typu B i typu C.

Czynniki ryzyka:

WZW typu B

W Polsce nadal 55-60% zakażeń HBV spowodowanych jest kontaktem ze służbą zdrowia. Następną dużą grupą narażoną na zakażenie HBV są czynni narkomani przyjmujący preparaty dożylne.

Przebieg choroby.

Szacuje się, że na świecie ok. 2 miliardy ludzi miało kontakt z HBV, a ponad 350 milionów choruje na przewlekłe WZW B, z czego ok. 15-25% może umrzeć z powodu niekorzystnego przebiegu i skutków tego zakażenia – marskości wątroby lub pierwotnego raka tego narządu.

Rokowanie.

Ryzyko rozwoju marskości wątroby w przebiegu zakażenia HBV jest oceniane średnio na 30%, a u chorych z marskością wątroby czas przeżycia jest krótszy u HBeAg-dodatnich w porównaniu z pacjentami po serokonwersji w układzie „e". Ryzyko rozwoju raka wątrobowo-komórkowego występuje u wszystkich zakażonych HBV.

***Epidemiologia* (dane dla Polski za rok 2004).**

Polska należy obecnie do krajów o niskiej częstotliwości występowania zakażenia HBV. Po wprowadzeniu szczepień i upowszechnieniu sprzętu jednorazowego użytku nastąpił znaczący spadek świeżych zakażeń. Współczynnik zapadalności na WZW typu B w latach 80 wynosił 42-45/ 100 tys. mieszkańców, pod koniec lat 90 spadł do 12,5 /100 tys., w 2004 roku wynosił 3,86/100 tys. mieszkańców. Według aktualnych danych PZH i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii nosicielstwo wirusa w populacji polskiej wynosi 1,5%.

WZW typu C

Przebieg choroby i rokowanie

Większość zakażeń HCV przebiega bezobjawowo. Do zakażenia dochodzi najczęściej w wyniku zabiegów medycznych. Znaczny procent zakażeń występuje wśród pacjentów dializowanych, pacjentów onkologicznych i hematologicznych. Postacie objawowe, ostre dotyczą tylko około 10% chorych. Okres wylęgania wynosi około 50 dni. Wzrost aktywności transaminaz pojawia się po ok. 3-8 tygodnia od zakażenia, natomiast przeciwciała anty-HCV stwierdza się dopiero po kilkunastu tygodniach od zakażenia. Najbardziej miarodajną metodą diagnostyczną jest oznaczenie HCV-RNA. Około 65-85 % osób zakażonych rozwija zakażenie przewlekłe, które przez wiele lat może przebiegać bezobjawowo i wykrywane jest przypadkowo. W przebiegu zakażenia przewlekłego dochodzi nie tylko do uszkodzenia wątroby, ale także innych układów i narządów. Do niekorzystnych zejść zakażenia należy marskość wątroby i rak wątrobowokomórkowy.

Epidemiologia.

Według danych Państwowego Zakładu Higieny i Instytutu Hematologii i Transfuzjologii uznawanych przez WHO, w Polsce zakażenie HCV dotyczy ok. 1,4% populacji, a liczba nowo wykrywanych infekcji zwiększa się z roku na rok. Współczynnik zapadalności (de facto obrazujący wykrywalność, gdyż ujęte są w nim zarówno zakażenia świeże jak i nabyte w przeszłości) wzrósł z 2,58 w 1997r. do 5,4/100 tys. mieszkańców w 2004 r. Wykrywane infekcje HCV to najczęściej zakażenia nabyte w przeszłości, rzeczywista liczba świeżych zakażeń nie jest znana, gdyż zwykle od początku przebiega skrycie. Dlatego też WZW typu C zwykle jest wykrywane przypadkowo, lub w późnej objawowej (marskość wątroby/pierwotny rak wątroby) fazie zakażenia.

Zakażenie HCV wśród dializowanych szacuje się na około 50% chorych

Oddzielnym problemem jest wysoki odsetek zakażonych wśród narkomanów uzależnionych od środków dożylnych wynoszący do 90%. Szczególnie częstym zjawiskiem u narkomanów jest współzakażenie HIV/HBV/HCV.

5. Opis działania leku

Rekombinowane interferony alfa, różniące się nieznacznie składem aminokwasów (alfa 2a, alfa 2b)

DZIAŁANIE:

Po związaniu się interferonu ze swoistymi receptorami komórkowymi uruchamiane zostają mechanizmy wywołujące ekspresję genów, których produkty powodują:

- Wzrost liczby komórkowych cząstek adhezyjnych komórek efektorowych, co powoduje wspomaganie rozpoznawania antygenów wirusowych
- Pobudzenie proliferacji oraz różnicowania czynnościowego limfocytów (zwiększenie efektywności limfocytów T)
- Zwiększenie aktywności komórek NK i makrofagów (zwiększenie cytotoksyczności niezależnej od antygenu oraz prezentacji antygenów wirusowych)
- Zwiększenie aktywności i liczby komórek CD4+ (wydzielających cytokiny), co powoduje wzrost aktywności cytotoksycznej limfocytów T

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

WZW typu B

- wyeliminowanie wirusa HBV lub zahamowanie jego replikacji
- remisja lub spowolnienie procesu zapalnego i włóknienia
- zmniejszenie ryzyka rozwoju następstw zakażenia HBV

WZW typu C

- trwała eliminacja zakażenia
- poprawa stanu ogólnego pacjentów zakażonych wirusem HCV
- zahamowanie replikacji wirusa
- remisja lub spowolnienie procesu zapalnego i włóknienia
- przeciwdziałanie rozwojowi zmian marskich w wątrobie
- zmniejszenie ryzyka rozwoju raka pierwotnego wątroby

7. Kryteria włączenia do programu,

WZW typu B

- obecność antygenu HBs powyżej 6 miesięcy
- stwierdzenie obecności antygenu HBV DNA w surowicy powyżej10^5 kopii/ml u pacjentów z obecnością antygenu HBe lub HBV DNA w surowicy powyżej 10^4 kopii/ml u pacjentów z obecnością przeciwciał antyHBe
- utrzymująca się podwyższona aktywność aminotransferaz
- zapalenie wątroby i włóknienie w obrazie histopatologicznym wątroby; w uzasadnionych przypadkach można odstąpić od biopsji wątroby
- wiek powyżej 3 r.ż.

WZW typu C

- rozpoznanie histopatologiczne ustalone na podstawie biopsji wątroby. W szczególnych sytuacjach (np. u pacjentów z wrodzonymi zaburzeniami krzepnięcia) nie wymaga się wykonania biopsji wątroby
- stwierdzenie obecności HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej
- rozpoznanie histopatologiczne ustalone na podstawie biopsji wątroby
- brak lub nieznamienne miana autoprzeciwciał. Obecność przeciwciał anty LKM nie jest przeciwwskazaniem do włączenia do leczenia

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w wątrobie pomimo wykrywania anty HCV
- niewyrównana marskość wątroby

- niewydolność krążenia
- niestabilna choroba wieńcowa
- niewyrównana cukrzyca insulinozależna
- wystąpienie objawów nadwrażliwości na interferon lub rybawirynę
- oporność na interferon
- choroby o podłożu autoimmunologicznym poza autoimmunologicznym zapaleniem wątroby typu II (anty-LKM -1)
- źle kontrolowana nadczynność tarczycy
- psychozy (zwłaszcza depresja), nawet w wywiadzie
- choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy
- inne poważne choroby np. retinopatia, padaczka
- chorzy uzależnieni od alkoholu i narkomani czynni lub z krótkim okresem abstynencji
- ciąża i karmienie piersią

9. Monitorowanie wyników leczenia, w zależności od typu zakażenia wirusem B lub C

Monitorowanie stanu chorego:

WZW typu B

Tydzień 0:

- Morfologia
- AlAT

Tydzień 2, 4, 6, 8, 12,16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48

- Morfologia
- AlAT

Tydzień 12, 24, 36, 48 dodatkowo:

- TSH
- fT_4

Tydzień 24 i 48:

- HBsAg
- HBeAg
- p/ciała anty HBe
- HBV DNA (test ilościowy) metodą PCR

Dodatkowo w momencie zakończenia leczenia (24 lub 48 tydzień):

- wskaźnik protrombinowy
- proteinogram
- USG jamy brzusznej

WZW typu C

Monitorowanie leczenia (kuracja 48 tygodni)

Tydzień 0

- morfologia krwi
- AlAT
- próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym

Tydzień 2,4,6,8,12,16,20,2428,32,36,40,44,48

- morfologia krwi
- AlAT

Tydzień 12,24,36 dodatkowo

- wskaźnik protrombinowy
- kwas moczowy
- kreatynina
- TSH
- fT_4

Tydzień 48 dodatkowo

- wskaźnik protrombinowy
- morfologia krwi
- AlAT
- GGTP
- fosfataza zasadowa
- kwas moczowy
- kreatynina
- TSH
- fT4
- proteinogram
- HCV RNA jakościowy
- USG jamy brzusznej

Tydzień 72

- HCV RNA jakościowy

10. Monitorowanie wyników programu,

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje:

- informacje dotyczące monitorowania leczenia w ramach programu (wyniki badań)
- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu następujących danych:

- PESEL chorego
- datę rozpoczęcia leczenia
- datę zakończenia leczenia
- informację o sumarycznej dawce interferonu wykorzystanej w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia)

Powyższe dane należy przekazywać do Oddziału Wojewódzkiego NFZ, zbiorczo, co 6 miesięcy w formie zakresu danych określonych załącznikiem 1 PZW B oraz załącznikiem 2 PZW C, załączonych poniżej:

Załącznik 1

PZW B
Ośrodek
PESEL
Przed leczeniem:
HBsAg + / -
HBeAg. + / -
Anty HBe . + / -
HBV DNA miano /metoda/
ALAT
Marskość TAK NIE
Wynik biopsji wątroby w skali Scheuer'a (o ile została wykonana)
Data rozpoczęcia leczenia
Data zakończenia leczenia
Terapia pierwsza /kolejna
W trakcie leczenia co 6 miesięcy
HBs Ag + / -
HBeAg + / -
Anty HBe + /-
HBV DNA miano /metoda/
ALAT
Mutanty YMDD obecne TAK NIE

Załącznik 2

PZW C	
Ośrodek	
PESEL.	
Genotyp HCV	
Wiremia w dniu „0” – ilościowa	
Pierwsza terapia – reterapia	
Wynik biopsji wątroby – w skali Scheuer’a	
Waga …	
Zastosowany lek	Peg Intron
	Pegasys
	Interferon rekombinowany
	Naturalny
Rybawiryna dawka mg/dobę	
Wiremia (ilościowa) w tygodniach 12 , 24 (z genotypem 2 i 3), 48 i 72	
Przyczyny przerwania leczenia	
1. działania uboczne –	
niedokrwistość	
neutropenia	
małopłytkowość	
depresja	
zapalenie tarczycy	
2 . nieskuteczność	
3. inne (jakie?)	

określenie czasu leczenia w programie.

- U pacjentów HBe dodatnich leczenie powinno być prowadzone przez 24 tygodnie
- U pacjentów HBe ujemnych leczenie powinno być prowadzone przez 48 tygodni

- U dzieci dotychczas nieleczonych zaleca się dawkowanie 3 x 3 mln 3 x w tygodniu przez 24 tygodnie

WZW typu C

1. Monoterapia

a) U pacjentów dializowanych oraz przed lub po przeszczepach

b) Dzieci > 3 r.ż. – czas trwania uzależniony od odpowiedzi wirusologicznej (jak u dorosłych)

2. Leczenie skojarzone z rybawiryną

Zalecany czas leczenia wynosi 48 tygodni lub dużej w uzasadnionych klinicznie przypadkach (chorzy z zaawansowanym włóknieniem i marskością wątroby

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział chorób zakaźnych lub współpracująca z odziałem chorób zakaźnych poradnia:

- chorób zakaźnych
- hepatologiczna
- leczenia WZW
- transplantacyjna (w przypadku pacjentów po przeszczepach narządów unaczynionych), zapewniająca możliwość stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia działań niepożądanych

Konieczne jest zapewnienie dostępu do badań:

- USG
- RTG
- EKG
- biochemicznych krwi
- serologicznych
- wirusologicznych

Kwalifikacje personelu

- przynajmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu chorób zakaźnych; lub przynajmniej 2 lekarzy specjalistów transplantologów, w przypadku realizacji programu przez poradnię transplantacyjną,
- co najmniej 2 pielęgniarki.

1. Nazwa programu:

LECZENIE IMMUNOSUPRESYJNE MYKOFENOLANEM MOFETYLU LUB MYKOFENOLANEM SODU

2. Dziedzina medycyny:

Transplantologia kliniczna

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

a)

1) nazwa substancji czynnej	**mykofenolan mofetylu**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	tabletki powlekane 500 mg, kapsułki 250 mg, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej 1g/5 ml, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji 500 mg
3) dawkowanie	początkowo 1-1,5g dwa razy na dobę, u dzieci 0,6g/m^2 powierzchni ciała dwa razy na dobę - ostateczna dawka ustalana jest indywidualnie

b)

1) nazwa substancji czynnej	**Kwas mykofenolowy w postaci mykofenolanu sodu**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	tabletki powlekane dojelitowe 180 mg i 360 mg
3) dawkowanie	do 1440 mg na dobę, w dwóch dawkach podzielonych - ostateczna dawka ustalana jest indywidualnie

4. ***Opis problemu zdrowotnego***

Z 94 transplantacja narządu lub tkanki

Przebieg choroby.

Immunosupresja zmierza do zapobiegania epizodom ostrego odrzucania przeszczepu, a w razie ich wystąpienia pomaga je opanować. Zapobiega również odrzucaniu

przewlekłemu. Zasadą immunosupresji jest leczenie skojarzone kilkoma lekami. Pozwala to na stosowanie możliwie najniższych dawek terapeutycznych.

Rokowanie.

Częstość późnej utraty przeszczepu pozostaje od wielu lat niezmieniona i utrzymuje się na poziomie 4-5 % rocznie

Epidemiologia.

W 2005 roku w Polsce liczba pacjentów po przeszczepieniu narządu unaczynionego lub szpiku może osiągnąć poziom 11 500 osób.

5. Opis działania leku

a**) mykofenolan mofetylu** - biodostepność 94%, T max: 0,8 godziny (0,5 – 2)

b) **sól sodowa kwasu mykofenolowego** – biodostępność 71%, T max: 2 godziny (1,5 – 8). Posiłek może opóźniać T max nawet do 20 godzin.

Preparaty obu substancji czynnych ulegają przekształceniu w kwas mykofenolowy (MPA), który jest specyficznym, silnym, niekompetycyjnym, odwracalnym inhibitorem dehydrogenazy monofosforanu inozyny (IMPDH). Enzym ten odgrywa kluczową rolę w syntezie nukleotydów purynowych *de novo* w limfocytach T i B. Kwas mykofenolowy zatrzymuje cykl komórkowy w fazie G1, hamuje proliferację limfocytów, dojrzewanie komórek dendrytycznych, produkcję przeciwciał stymulowanych miogenami i antygenami, indukuje apoptozę aktywowanych limfocytów T. Hamuje również proliferację limfocytów T i ich migrację do przeszczepu oraz hamuje rozplem mięśni gładkich.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

Ograniczenie częstości ostrego odrzucania przeszczepu, wydłużenie czasu przeżycia przeszczepu i pacjenta.

7. Kryteria włączenia do programu,

a) mykofenolan mofetylu

pacjenci po zabiegu przeszczepienia:

- **nerki (dorośli i dzieci)**
- **wątroby**
- **serca**

b) mykofenolan sodu

pacjenci po zabiegu przeszczepienia:

- **nerki (dorośli pacjenci).**

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- nadwrażliwość na leki;
- konieczność konwersji na inny schemat immunosupresji
- zespół Lesh-Nyhana lub Kelley-Seegmillera (wrodzone niedobory transferazy hipoksantynowo-guaninowo-fosforybozylowej)

9. Monitorowanie wyników leczenia,

- monitorowanie stanu chorego;
- okresowa ocena działań ubocznych i skuteczności leczenia, co najmniej raz na 3 miesiące.

10. Monitorowanie wyników programu

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje:

- potwierdzenie spełnienia warunków włączenia do programu;
- informacje dotyczące monitorowania leczenia w ramach programu (wyniki badań)
- informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu, co 6 miesięcy terapii prekursorami kwasu mykofenolowego następujących danych:

• PESEL chorego;

• daty zakończenia leczenia;

• o przyczynie przerwania terapii;

• o zastosowanym dawkowaniu leku;

• o sumarycznej dawce leku wykorzystanego w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);

• o wystąpieniu działań niepożądanych;

określenie czasu leczenia w programie.

Leczenie trwa do czasu przejścia na inny schemat immunosupresji albo schyłkowej niewydolności przeszczepionego narządu.

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział transplantologiczny lub współpracująca z odziałem, kliniką, poradnia transplantologiczna, lub inna poradnia zajmująca się leczeniem immunosupresyjnym pacjentów po przeszczepie szpiku i narządu unaczynionego zapewniająca możliwość stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia działań niepożądanych. Świadczeniodawca realizujący program musi zapewnić dostęp do badań w miejscu udzielania świadczeń.

- pracownia TK lub rezonansu magnetycznego lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem
- pracownia USG z dopplerem,
- pracownia Rtg;
- gabinet EKG;
- laboratorium z możliwością przeprowadzenia następujących badań:

  - badania biochemiczne krwi;

  - badania serologiczne

  - badania bakteriologiczne, wirusologiczne

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu transplantologii klinicznej,
- co najmniej 2 pielęgniarki.

1. Nazwa programu:

LECZENIE IMMUNOSUPRESYJNE SIROLIMUSEM

2. Dziedzina medycyny:

Transplantologia kliniczna

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**sirolimus**
2) postać farmaceutyczna, dawka	tabletki 1,0 mg, roztwór doustny 1 mg/ml
3) dawkowanie	ustalane jest indywidualnie na podstawie stężenie leku we krwi (stężenie powinno mieścić się w przedziale 4-15 ng/ml)

4. ***Opis problemu zdrowotnego***

Z 94 transplantacja narządu lub tkanki

Przebieg choroby.

Immunosupresja zmierza do zapobiegania epizodom ostrego odrzucania przeszczepu, a w razie ich wystąpienia pomaga je opanować. Zapobiega również odrzucaniu przewlekłemu. Zasadą immunosupresji jest leczenie skojarzone kilkoma lekami. Pozwala to na stosowanie możliwie najniższych dawek terapeutycznych.

Rokowanie.

Częstość późnej utraty przeszczepu pozostaje od wielu lat niezmieniona i utrzymuje się na poziomie 4-5 % rocznie

Epidemiologia.

W 2005 roku w Polsce liczba pacjentów po przeszczepieniu narządu unaczynionego lub szpiku może osiągnąć poziom 11 500 osób.

5. Opis działania leku

Sirolimus należy do grupy leków hamujących transkrypcję genów odpowiedzialnych za produkcję cytokin biorących udział w aktywacji komórek i ich klonalnej ekspansji. Strukturalnie jest on podobny do takrolimusu, wewnątrzkomórkowo wiąże się z tą samą immunofiliną (FKBP12), ale mechanizm działania immunosupresyjnego jest odmienny. Kompleks sirolimusu z FKBP12 hamuje odpowiedź limfocytów na Il-2, Il-4, Il-7, Il-15 i inne czynniki wzrostowe dystalnie od ich receptorów. Kompleks ten wiążąc się z kinazą zwaną białkiem docelowym dla rapamycyny (TOR) powoduje jej hamowanie i poprzez wpływ na inne białka uniemożliwia progresję cyklu komórkowego z fazy G1 do S. Sirolimus wywiera działanie antyproliferacyjne oraz hamuje migrację komórek mięśni gładkich.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

Ograniczenie częstości ostrego odrzucania przeszczepu, wydłużenie czasu przeżycia przeszczepu i pacjenta.

7. Kryteria włączenia do programu,

pacjenci po zabiegu przeszczepienia:

- nerki

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- nietolerancja leczenia sirolimusem;
- konieczność konwersji na inny schemat immunosupresji

9. Monitorowanie wyników leczenia,

- monitorowanie stanu chorego;
- oznaczanie stężenia leku we krwi pełnej co najmniej raz na 3 miesiące;
- okresowa ocena działań ubocznych i skuteczności leczenia, co najmniej raz na 3 miesiące.

10. Monitorowanie wyników programu

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje:

• informacje dotyczące monitorowania leczenia w ramach programu (wyniki badań)

• informacja na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu, co 6 miesięcy terapii sirolimusem, następujących danych:

• PESEL chorego;

• daty zakończenia leczenia;

• o przyczynie przerwania terapii;

• o zastosowanym dawkowaniu sirolimusu;

• o sumarycznej dawce sirolimusu wykorzystanego w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);

• o wystąpieniu działań niepożądanych;

określenie czasu leczenia w programie.

Leczenie trwa do czasu przejścia na inny schemat immunosupresji albo schyłkowej niewydolności przeszczepionego narządu.

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział transplantologiczny lub współpracująca z odziałem, kliniką, poradnia transplantologiczna, lub inna poradnia zajmująca się leczeniem immunosupresyjnym pacjentów po przeszczepie szpiku i narządu unaczynionego zapewniająca możliwość stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia działań niepożądanych. Świadczeniodawca realizujący program musi zapewnić dostęp do badań w miejscu udzielania świadczeń

• pracownia tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego – lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem

• pracownia USG z dopplerem,

• pracownia RTG;

• gabinet EKG;

• badania izotopowe,

• laboratorium z możliwością przeprowadzenia następujących badań:

- badania biochemiczne krwi;
- badania serologiczne
- badania bakteriologiczne, wirusologiczne
- stężenia sirolimusu we krwi pełnej
- Dostęp do wymienionych badań w miejscu udzielania świadczenia

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu transplantologii klinicznej
- co najmniej 2 pielęgniarki
- Sugerowana współpraca z psychologiem klinicznym

1. Nazwa programu:

LECZENIE IMMUNOSUPRESYJNE TACROLIMUSEM

2. Dziedzina medycyny:

Transplantologia kliniczna

3. Dane dotyczące substancji czynnych finansowanych w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**tacrolimus**
2) postać farmaceutyczna, dawka:	kapsułki 1,0 mg, 5,0 mg
3) dawkowanie:	początkowo 0,10-0,30 mg/kg/dzień w dwóch dawkach

ostateczna dawka ustalana jest indywidualnie na podstawie stężenia leku we krwi (stężenie leku powinno mieścić się w przedziale 4-15 ng/ml)

4. ***Opis problemu zdrowotnego***

Z 94 transplantacja narządu lub tkanki

Przebieg choroby.

Immunosupresja zmierza do zapobiegania epizodom ostrego odrzucania przeszczepu, a w razie ich wystąpienia pomaga je opanować. Zapobiega również odrzucaniu przewlekłemu. Zasadą immunosupresji jest leczenie skojarzone kilkoma lekami. Pozwala to na stosowanie możliwie najniższych dawek terapeutycznych.

Rokowanie.

Częstość późnej utraty przeszczepu pozostaje od wielu lat niezmieniona i utrzymuje się na poziomie 4-5 % rocznie

Epidemiologia.

W 2005 roku w Polsce liczba pacjentów po przeszczepieniu narządu unaczynionego lub szpiku może osiągnąć poziom 11 500 osób.

5. Opis działania leku

Takrolimus jest zaliczany do leków immunosupresyjnych hamujących transkrypcję genów odpowiedzialnych za produkcję cytokin, biorących udział w aktywacji komórek i ich klonalnej ekspansji. Jest to antybiotyk makrolidowy. Mimo braku strukturalnego podobieństwa do CsA lek ten ma podobny mechanizm działania – jest silnym inhibitorem kalcyneuryny, hamuje ekspresję tych samych genów dla cytokin. Wiąże się on wewnątrzkomórkowo z immunofiliną (FKPB). Największe powinowactwo takrolimus wykazuje do FKPB 12. Takrolimus po związaniu z FKBP 12 bezpośrednio hamuje transkrypcję genów dla Il-2, Il-3, Il-4, IFNγGM-CSF, TNFα, protoonkogenów ras, myc, rel. Zmniejsza ekspresję receptora dla Il-2 i Il-7. Hamuje przede wszystkim wytwarzanie cytokin stymulowanych przez Th-1: Il-2, TNFβ, IFNγ – ważnych dla odpowiedzi komórkowej. W mniejszym stopniu wpływa na subpopulację limfocytów Th2 oraz wytwarzanie przez nie Il-4, Il-3, Il-10 i związaną z tym stymulację limfocytów B, oraz produkcję przeciwciał.

6. Zamierzony efekt terapeutyczny,

Ograniczenie częstości ostrego odrzucania przeszczepu, wydłużenie czasu przeżycia przeszczepu i pacjenta.

7. Kryteria włączenia do programu,

pacjenci po zabiegu przeszczepienia:

- nerki
- nerki i trzustki
- wątroby
- serca
- serca i płuc

8. Kryteria wykluczenia z programu,

- nietolerancja leczenia tacrolimusem;

• konieczność konwersji na inny schemat immunosupresji.

9. Monitorowanie leczenia tacrolimusem,

• monitorowanie stanu chorego;

• oznaczanie stężenia leku we krwi pełnej co najmniej raz na 3 miesiące;

• okresowa ocena działań ubocznych i skuteczności leczenia co najmniej raz na 3 miesiące.

10. Monitorowanie wyników programu

W indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta należy umieścić następujące informacje:

• informacje dotyczące monitorowania leczenia w ramach programu (wyniki badań)

• informację na temat zakończenia leczenia i osiągniętego efektu terapeutycznego.

Monitorowanie wyników programu obejmuje zbieranie i przekazywanie do oddziału wojewódzkiego Funduszu, co 6 miesięcy terapii tacrolimusem, następujących danych:

• PESEL chorego;

• daty zakończenia leczenia;

• o przyczynie przerwania terapii;

• o zastosowanym dawkowaniu tacrolimusu;

• o sumarycznej dawce tacrolimusu wykorzystanego w leczeniu (ilość leku podana w rachunku narastającym od początku leczenia);

• o wystąpieniu działań niepożądanych;

określenie czasu leczenia w programie.

Leczenie trwa do czasu przejścia na inny schemat immunosupresji albo schyłkowej niewydolności przeszczepionego narządu.

11. Warunki Realizacji Programu:

Warunki lokalowe oraz wyposażenie:

Oddział transplantologiczny lub współpracująca z odziałem, kliniką, poradnia transplantologiczna, lub inna poradnia zajmująca się leczeniem immunosupresyjnym pacjentów po przeszczepie szpiku i narządu unaczynionego zapewniająca możliwość stałego monitorowania skuteczności stosowanej terapii oraz diagnozowania i leczenia działań niepożądanych. Świadczeniodawca realizujący program musi zapewnić dostęp do badań w miejscu udzielania świadczeń

- pracownia tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego – lub możliwość zlecania badania poza ośrodkiem;
- pracownia USG z Dopplerem;
- pracownia Rtg;
- gabinet EKG;
- badania izotopowe;
- laboratorium z możliwością przeprowadzenia następujących badań:
  - badania biochemiczne krwi;
  - badania serologiczne
  - badania bakteriologiczne, wirusologiczne
  - stężenia tacrolimusu we krwi pełnej

Kwalifikacje personelu

- co najmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu transplantologii klinicznej,
- co najmniej 2 pielęgniarki.

1. Nazwa programu:

LECZENIE DZIECI Z ZESPOŁEM PRADER-WILLI HORMONEM WZROSTU

2. Dziedzina medycyny:

Pediatria.

3. Dane dotyczące substancji czynnej, która będzie finansowana w ramach programu:

1) nazwa substancji czynnej	**rekombinowany ludzki hormon wzrostu**
2)postać farmaceutyczna	roztwór do iniekcji domięśniowych lub podskórnych
3) dawkowanie	0,18 - 0,47 mg/ kg/tydz - *0,53 – 1,4 IU/kg/tydz.*

4. Opis problemu zdrowotnego

Q 87.1 – Zespół Prader – Willi (zespoły wrodzonych wad rozwojowych związane głównie z niskim wzrostem)

Zespół Prader-Willi jest genetycznie uwarunkowanym zespołem psychosomatycznym, z zaburzoną czynnością podwzgórza, przebiegającym z niedoborem wzrostu, otyłością i hipogonadyzmem. Rozpoznanie zespołu Prader-Willi opiera się na typowych objawach klinicznych, a przyjęta ich wartość diagnostyczna, znacznie ułatwia rozpoznanie. Rozpoznanie potwierdza badanie genetyczne, które ujawnia delecję lub disomię matczyną w obrębie długiego ramienia chromosomu 15. U około 2/3 dzieci z PWS odnotowano opóźnienia w rozwoju intelektualnym, z czego 1/3 ma opóźnienie określane jako łagodne, ok. 27 % średnie i 6% znaczne.

Patogeneza

Dla zespołu Prader-Willi (PWS) charakterystyczne są objawy wskazują na zaburzenia czynności podwzgórza. Do objawów tych należą: obniżone napięcie mięśniowe (hiopotonia mięśni), upośledzone uczucie sytości, zaburzenia oddychania, częste oddawanie moczu w nocy, zaburzenia termoregulacji, obniżony próg odczuwania bólu, upośledzony odruch wymiotny, zaburzenia wydzielnicze neurohormonów powodujące upośledzenie przebiegu procesu wzrastania" (obniżona synteza i/lub wydzielanie hormonu wzrostu i/lub insulino-podobnego czynnika wzrostu - I) i zaburzenia wydzielnicze neurohormonów powodujące m.in. hipogonadyzm. Za uszkodzeniem rejonu podwzgórzowo-przysadkowego przemawiają

również badania obrazowe - rezonansem magnetycznym, uwidaczniające częste występowanie ektopii lub hipoplazji tylnego płata przysadki. W badaniach autopsyjnych stwierdza się ponadto zmniejszenie pól jąder przykomorowych, zmniejszenie liczby neuronów oksytocynowych, jak i rejonów wydzielających neurohormon uwalniający hormon wzrostu (GH-RH), co powoduje niedobór hormonu wzrostu (GH) i w konsekwencji niedobór insulino-podobnego czynnika wzrostu - I (IGF-I). U chorych z zespołem Prader-Willi stwierdzono także podwyższone stężenie ghreliny, co może tłumaczyć brak uczucia sytości, a powodowane może być to defektem „genu piętnowanego" (pochodzącego od ojca) o nazwie SNRPN, zlokalizowanego w odcinku podcentromerowym (11-13) długiego ramienia chromosomu 15. Defekt w obrębie sekwencji, zwana IC - *imprinting centrum genu SNRPN*, powoduje brak prawidłowego piętnowania chromosomu ojcowskiego i jego funkcjonalne podobieństwo do chromosomu matczynego. Tak więc choroba ujawnia się w następujących defektach:

- delecja 15q 11-13 chromosomu ojcowskiego (ponad połowa przypadków PWS),
- disomia uniparentalna matczyna odcinka 11-13 długiego ramienia chromosomu 15, tzn. obecny jest materiał genetyczny pochodzący wyłącznie od matki (25-30% chorych z PWS),
- innych, rzadziej występujących defektach, które zaburzają proces piętnowania i ekspresję genów czynnych wyłącznie na chromosomie ojcowskim (mutacje punktowe, zrównoważone translokacje i inne).

Przebieg choroby.

Objawy kliniczne zespołu Prader-Willi (PWS) podzielono na objawy o pierwszorzędowym i drugorzędowym znaczeniu dla rozpoznania tego zespołu oraz na objawy pomocnicze. Ponadto ustalono punktację dla objawów pierwszorzędowych na 1 punkt, dla drugorzędowych na 0,5 punktu i 0 punktów dla objawów pomocniczych (wg. Holm).

Objawy pierwszorzędowe (1 punkt):

1. Hipotonia mięśniowa i trudności w ssaniu w okresie noworodkowym i niemowlęcym, stopniowo, samoistnie ustępujące w późniejszych okresach rozwoju.
2. Problemy w odżywianiu w okresie niemowlęcym, z małym przyrostem masy ciała.
3. Nadmierny apetyt i brak uczucia sytości od ok. 2. - 4. roku życia.

4. Znaczny i szybki przyrost masy ciała w 2. roku życia lub później, jednakże przed 6. rokiem życia, prowadzący do centralnej otyłości.
5. Charakterystyczne cechy twarzy: wąska twarz lub zmniejszony wymiar dwuskroniowy, szpary powiekowe migdałowatego kształtu. Małe usta, z „cienką" górną wargą i skierowanymi ku dołowi kącikami ust.
6. Hipogonadyzm u chłopców - mały członek i worek mosznowy, często wnętrostwo, małe jądra w stosunku do wieku. U dziewcząt - nieobecne lub hipoplastyczne wargi sromowe mniejsze, mała łechtaczka. W okresie pokwitania opóźnione dojrzewanie płciowe, a w wieku powyżej 16. lat dojrzewanie niekompletne.
7. Ogólne opóźnienie w rozwoju psychoruchowym u dzieci poniżej 6. roku życia, a następnie łagodne lub średnie opóźnienie w rozwoju umysłowym oraz narastające problemy z nauką w szkole.
8. Zmiany genetyczne w obrębie podcentromerowego odcinka 11-13 długiego ramienia 15 chromosomu (15q11-13), rozpoznawane technikami cytogenetycznymi lub metodami genetyki molekularnej.

Objawy drugorzędowe (0,5 punktu):

1. Zmniejszona ruchliwość w okresie płodowym, noworodkowym i niemowlęcym oraz słaby krzyk (cechy stopniowo, samoistnie ustępujące).
2. Nieprawidłowe zachowanie - napady złego humoru, wybuchy złości, zachowania obsesyjno/przymusowe, tendencja do zaprzeczania, kłótliwości, nieustępliwości, uporu, manipulacji, kradzieży i kłamania.
3. Zaburzenia snu i/lub oddychania w czasie snu (apnea – napady nocnych bezdechów).
4. Niski wzrost, w stosunku do wzrostu rodziców.
5. Zmniejszona pigmentacja skóry, jaśniejsze włosy niż u pozostałych członków rodziny.
6. Małe dłonie i stopy.
7. Wąskie dłonie, z prostym brzegiem łokciowym dłoni.
8. Nieprawidłowości dotyczące oczu (esotropia, myopia).
9. Gęsta ślina, osadzająca się w kącikach ust.
10. Nieprawidłowości wymowy.

11. Skubanie i kłucie skóry.

Objawy pomocnicze (0 punktów):

1. Obniżony próg odczuwania bólu.
2. Obniżona „skłonność” do wymiotów.
3. Niestabilność temperatury ciała, zmieniona wrażliwość na temperaturę.
4. Skolizy i/lub pogłębione kyphozy kręgosłupa.
5. Wczesne adrenarche.
6. Osteoporoza.
7. Wyjątkowa sprawność w niektórych grach, np. do układania puzzli.
8. Brak nieprawidłowości w badaniach emg.

Interpretacja uzyskanego wyniku: Dzieci do 3 lat - rozpoznanie pewne przy co najmniej 5 punktach, w tym co najmniej 4 pochodzące z listy objawów pierwszorzędowych. Dzieci powyżej 3 lat - rozpoznanie pewne w tym co najmniej 8 punktach, przy tym co najmniej 5 pochodzących z listy objawów pierwszorzędowych.

Rozpoznanie opiera się na typowych objawach klinicznych, a przyjęta ich wartość diagnostyczna, za Holm, ułatwia rozpoznanie. Badania genetyczne, które ujawniają delecję lub disomię matczyną, potwierdzają rozpoznanie u większości pacjentów.

Przy interpretacji obrazu klinicznego należy uwzględnić fakt, że ok. 1/3 dzieci z PWS nie ma opóźnienia w rozwoju intelektualnym (wartości IQ prawidłowe lub na dolnej granicy normy), 1/3 ma opóźnienie określane jako łagodne, ok. 27 % średnie, a tylko 6% znaczne.

Rokowanie.

W przypadku zespołu Prader-Willi (PWS) postępowaniem z wyboru jest jak najszybsze rozpoczęcie terapii z użyciem preparatów rekombinowanego, ludzkiego hormonu wzrostu. Leczenie takie musi być jednak skojarzone z odpowiednim leczeniem dietetycznym i rehabilitacyjnym. Przy zastosowaniu takiego kompleksowego leczenia rokowanie jest korzystne.

Epidemiologia

Częstość występowania zespołu Prader-Willi (PWS), waha się od 1:10 000 do 1:25 000 urodzeń, co odpowiada ok. 20-25 dzieci z zespołem Prader-Willi urodzonym co roku w Polsce. Z uwagi na długi czas leczenia (około 12 lat) docelowa liczba pacjentów z PWS wymagających leczenia hormonem wzrostu będzie kształtowała się na poziomie około 300 pacjentów. W chwili obecnej należy szacować, że leczenie hormonem wzrostu objąć może około 30-50 pacjentów.

5. Opis działania leku

Hormon wzrostu w skali globalnej przyjmuje ok. 100 000 dzieci. Najczęstszą przyczyną stosowania tego hormonu jest somatotropinowa niedoczynność przysadki (SNP), a ponadto hormon ten powszechnie stosowany jest w zespole Turnera oraz niskorosłości w następstwie przewlekłej niewydolności nerek i zespole Prader-Willi. Celem leczenia hormonem wzrostu w okresie rozwojowym jest: normalizacja wzrostu, aby uchronić dziecko przed psychologicznymi konsekwencjami wyróżniającego niedoboru wzrostu w okresie szkolnym, uzyskanie wzrostu końcowego w granicach normy populacyjnej oraz wyrównanie zaburzeń metabolicznych spowodowanych bezwzględnym i/lub względnym niedoborem hormonu wzrostu.

Większość krążącego w krwi hormonu wzrostu związana jest ze specyficznym białkiem wiążącym (GHBP), które jest identyczne z zewnątrzkomórkową domeną receptora GH (GH-R). Działanie hormonu wzrostu jest możliwe dopiero po jego połączeniu z receptorem, w formie dimeru. Dimeryzacja receptora polega na przyłączeniu jednej cząsteczki hormonu wzrostu do dwóch cząsteczek receptora. Zaburzenie tego procesu spowodowane nieprawidłowościami cząsteczki hormonu wzrostu, bądź receptora jest jedną z przyczyn niewrażliwości na GH. Do jego biologicznego działania konieczna jest także wysoka amplituda pulsów wydzielniczych GH. Na zwiększenie wyrzutu GH wpływa też komplementarność i synergizm działania ghreliny w stosunku do somatoliberyny, hromonu stymulującego sekrecję hormonu wzrostu.

Wydzielanie hormonu wzrostu zwiększa obniżony poziom glukozy i zwiększone stężenie wolnych aminokwasów, a zmniejsza podwyższone stężenie glukozy i wolnych kwasów tłuszczowych.

Stymulowanie procesów wzrastania przez hormon wzrostu odbywa się przede wszystkim na drodze pośredniej, przez jego wpływ na syntezę i uwalnianie IGF-I. IGF-I wpływa na wiele procesów życiowych, między innymi na wzrastanie, poprzez bezpośrednie działanie na chrząstkę wzrostową. Tym samym pełni rolę mediatora obwodowego, wzrostowego działania

GH. IGF-I jest syntetyzowany i uwalniany jako klasyczny hormon w wątrobie oraz jako czynnik wzrostowy, o para- i autokrynnym działaniu, w wielu innych tkankach, w tym w chrząstce wzrostowej. IGF-I jest hormonem anabolicznym, działającym mitogennie i hamującym apoptozę. Spełnia też ważną rolę w regulacji wydzielania hormonu wzrostu, działając na zasadzie ujemnego sprzężenia zwrotnego. Hormon wzrostu stymuluje syntezę IGF-I, a IGF-I hamuje wydzielanie hormonu wzrostu na zasadzie ujemnego sprzężenia zwrotnego.

Hormon wzrostu spełnia różną funkcję, zależnie od okresu rozwoju. W okresie wzrastania stymuluje wzrost i podziały komórek, w tym wzrost chrząstki, a za pośrednictwem chrząstki przynasadowej wzrost kości na długość. Stymuluje także podziały komórek, m.in. w obrębie tkanki łącznej i narządów wewnętrznych. Moduluje przebieg dojrzewania płciowego, wpływa na przemiany tłuszczowe działając lipolitycznie, co jest szczególnie istotne u pacjentów z PWS oraz na przemiany węglowodanowe i białek, a ponadto na gospodarkę wodno-elektrolitową, mineralizację szkieletu, na układ mięśniowy i krążenia. Hormon wzrostu działa poprzez specyficzny receptor błonowy z rodziny receptorów cytokin. Większość swoich efektów wzrostowych i metabolicznych hormon wzrostu wywiera za pośrednictwem IGF-I, a część na zasadzie bezpośredniego oddziaływania na komórki i tkanki docelowe.

Wpływ hormonu wzrostu na układ kostny, w tym na chrząstkę (płytkę) wzrostową (przynasadę) kości długich jest istotny dla pobudzania wzrostu. Zachowanie przyrostu kości na długość wymaga zapewnienia odpowiedniej ich mineralizacji (Bone Mineral Content – BMC), co związane jest z zapewnieniem wysokiego obrotu kostnego, czyli resorpcji i nowotworzenia substancji kostnej, z przewagą procesów wytwarzania. Hormon wzrostu działa na wszystkie te procesy pośrednio i bezpośrednio, poprzez swoiste receptory zlokalizowane na osteoblastach i osteoklastach, tj. komórkach kościotwórczych i kościogubnych.

Pośrednie oddziaływanie hormonu wzrostu na przemiany w kościach odbywa się poprzez IGF-I i jego białko wiążące IGFBP-3, wytwarzane pod wpływem GH w wątrobie i lokalnie m.in. w kościach i chrząstce. IGF-I wytwarzany w osteoblastach ma zasadnicze znaczenie dla utrzymaniu odpowiedniej gęstości tkanki kostnej (Bone Mineral Density – BMD). IGFBP-3 zwiększa aktywność IGF-I w jego działaniu mitogennym w stosunku do osteoblastów i w wytwarzaniu przez te komórki kolagenu typu I.

Hormon wzrostu zwiększa syntezę białka, przez ułatwianie transportu aminokwasów, szczególnie anabolicznie działa na mięśnie szkieletowe i mięsień sercowy. Stymuluje

hydrolizę triglicerydów z tkanki tłuszczowej, uwalniając do krążenia wolne kwasy tłuszczowe. Zwiększa utlenianie lipidów i powstawanie ciał ketonowych. Podawanie GH zmniejsza procentowy udział tłuszczu w składzie ciała, obniża stężenie cholesterolu, LDL cholesterolu i triglicerydów, a zwiększa stężenie HDL cholesterolu.

Pod wpływem GH zwiększa się glukoneogeneza w wątrobie, zmniejsza się transport glukozy do tkanek i jej utlenianie, co w efekcie prowadzi do zwiększenia glikemii. U leczonych hormonem wzrostu, co prawda podwyższa się poziom insuliny, ale przemiana węglowodanów nie ulega zaburzeniu. Hormon wzrostu zwiększa jednak oporność na insulinę. Dlatego u niektórych pacjentów może wywołać stan obniżonej tolerancji glukozy. W rzadkich przypadkach prowadzić może do zachorowania na cukrzycę typu II. Do grupy ryzyka wystąpienia tego powikłania należą pacjenci z zespołem Prader-Willi. Dlatego też w przypadku terapii hormonem wzrostu monitorowanie przemian węglowodanowych w tej grupie pacjentów jest niezbędne.

W rozpuszczalniku preparatów hormonu wzrost stosuje się m-krezol, który w rzadkich przypadkach może wywołać zapalenie mięśni. Taką diagnozę należy rozważyć przy nadmiernym bólu w miejscu iniekcji. W razie wystąpienia tej komplikacji należy stosować rozpuszczalnik nie zawierający m-krezolu.

Hormon wzrostu nasila obwodową konwersję T4 do T3, co u pacjentów leczonych L-tyroksyną, z powodu niedoczynności tarczycy, może powodować konieczność korekcji dawki. U pacjentów leczonych hormonem wzrostu z subkliniczną niedoczynnością tarczycy może prowadzić do ujawnienie niedoczynności.

U wszystkich chorych z zespołem Prader-Willi leczonych hormonem wzrostu w okresie wzrastania należy zwrócić także uwagę na możliwość wystąpienia i/lub nasilenia się skoliozy.

Dlatego u pacjentów z zespołem Prader-Willi w fazie nadmiaru masy ciała i/lub nadmiernego jej przyrostu, czy też otyłości, leczenie hormonem wzrostu musi być kompleksowe, skojarzone z postępowaniem dietetycznym i rehabilitacją.

U dzieci otrzymujących wyższe dawki hormonu wzrostu, jak również u osób dorosłych, należy monitorować stężenie IGF-I i IGFBP-3, aby niedopuścić do nadmiernej syntezy i/lub uwalniania IGF-I lub do podwyższenia stosunku IGF-I/IGFBP-3, gdyż może to powodować nadmierne nasilenie proliferacji komórek, z możliwością ujawnienia i/lub wznowy choroby rozrostowej. Należy zachować wielką ostrożność w stosowaniu hormonu wzrostu u osób krytycznie chorych. W przypadkach takich ryzyko zgonu może ulec bowiem zwiększeniu. Przypuszcza się, że w takich przypadkach hormon wzrostu może działać

antagonistycznie w stosunku „do metabolicznych procesów adaptacji organizmu do stanu krytycznego". Dlatego w przypadkach krytycznego stanu pacjenta należy zawsze porównać ewentualne korzyści z ryzykiem leczenia. Sytuacja taka może dotyczyć pacjentów z zespołem Prader-Willi nie przestrzegających zaleceń dietetycznych, z nadmiernym przyrostem masy ciała, a szczególnie pacjentów z monstrualną otyłością, u których występują napady nocnych bezdechów.

Hormon wzrostu obniża także poziom kortyzolu w osoczu, być może przez zwiększenie klirensu wątrobowego, co może być niekorzystne u pacjentów z zespołem Prader-Willi.

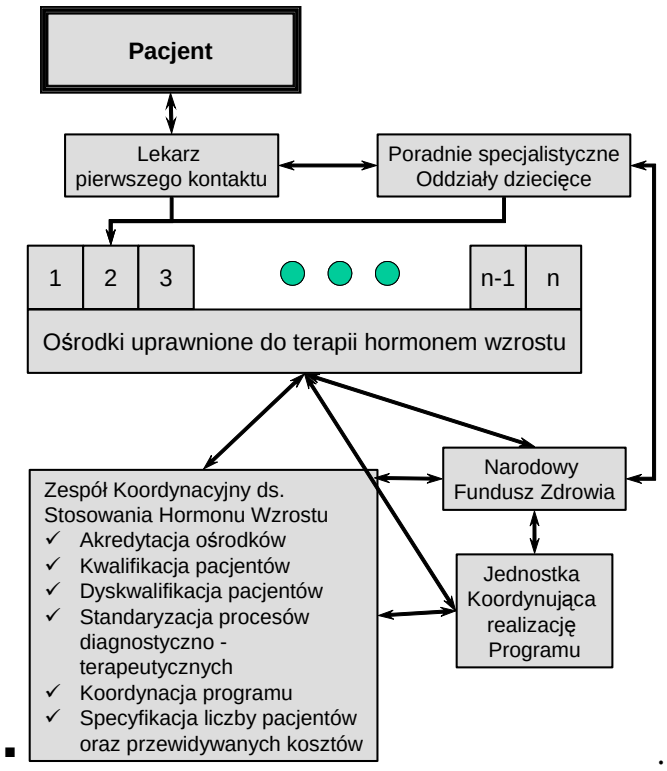
7. Kryteria włączenia do programu,

- rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym,
- wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia,
- dojrzałość szkieletu (wiek kostny) <16 lat u dziewcząt i <18 lat u chłopców,
- stan odżywienia, mierzony wielkością wskaźnika BMI, <97 centyla dla płci i wieku (konieczny co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu),
- ocena przemian węglowodanowych wymaga wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiaru glikemii i insulinemii
- konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia i/lub wystąpienia nocnych bezdechów,
- wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (konieczny co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu),
- inne badania i konsultacje zależne od stanu pacjenta i towarzyszących powikłań choroby zasadniczej i/lub innych towarzyszących PWS chorób,
- brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu.

Z uwagi na liczebność populacji dzieci niskorosłych, znaczne koszty leczenia oraz możliwość nadużywania hormonu wzrostu do innych celów, jak również możliwość wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań terapii hormonem wzrostu podjęcie decyzji odnośnie wdrożenia terapii hormonem wzrostu, jej monitorowania i ukończenia powinno następować kolegialnie, w grupie osób o największym zasobie wiedzy na ten temat. W skali

kraju kryteria takie spełnia Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu. Do wdrożenia terapii niezbędne jest wysłanie odpowiedniego "Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w zespole Prader-Willi" na adres Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu i zaakceptowanie wniosku przez ten Zespół (wniosek według załącznika).

Schemat kwalifikowania pacjentów do terapii hormonem wzrostu, monitorowania i zakończenia terapii.



8. Kryteria wykluczenia:

- brak współpracy z rodzicami i/lub pacjentem,
- wystąpienie powikłań zastosowanej terapii,
- zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego i/lub dietetycznego,
- narastanie otyłości, pomimo stosowania kompleksowego leczenia hormonem wzrostu z leczeniem dietetycznym i rehabilitacją (wzrost wielkości wskaźnika BMI w odniesieniu do norm populacyjnych przyjętych dla wieku i płci o 2 odchylenia standardowe lub więcej),
- pojawienie się i/lub nasilenie nocnych bezdechów,
- ujawnienie się cukrzycy w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu.

9. Monitorowanie wyników leczenia obejmuje:

- ocenę rozwoju somatycznego, w tym pomiary antropometryczne, przede wszystkim ocenę wielkości wskaźnika BMI - co 3-6 miesięcy,
- pomiar glikemii, z określeniem odsetka glikowanej hemoglobiny A_{1c} (HbA_{1c}) – co najmniej co 6 miesięcy lub test obciążenia glukozą, z oceną insulinemii – przed rozpoczęciem terapii, a następnie co najmniej co 12 miesięcy,
- konsultację laryngologiczną przed rozpoczęciem terapii, po miesiącu i 3 miesiącach od jej rozpoczęcia, a następnie zależnie od potrzeb,
- pomiar stężenia IGF-I – przed rozpoczęciem terapii hormonem wzrostu, po 3 miesiącach od jej rozpoczęcia, a następnie co 12 miesięcy,
- ocenę czynności tarczycy (TSH, fT4) – co najmniej co 6 miesięcy,
- ocenę wieku kostnego – co 12 miesięcy,
- jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na) – co 6 miesięcy,
- morfologię krwi z rozmazem – co 6 miesięcy,
- ocenę efektywności leczenia dietetycznego i rehabilitacyjnego – przy każdej wizycie,
- ocenę przemian lipidowych (stężenie triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji LDL i HDL cholesterolu – co najmniej co 12 miesięcy,
- w przypadku podejrzenia złuszczenia główki kości udowej – badania diagnostyczne niezbędne do zdiagnozowania tej choroby,
- w przypadku objawów pseudo tumor cerebri – jonogram surowicy krwi, konsultacja okulistyczna i neurologiczna, ewentualnie obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) i inne badania i konsultacje zależnie od potrzeb,
- inne badania i konsultacje zależnie od potrzeb, np. towarzyszących zespołowi Prader-Willi powikłań i innych nieprawidłowości.

13. 10. Monitorowanie wyników programu,

Monitorowanie prowadzonej terapii oraz wyników programu odbywa się na podstawie analizy przedstawionych powyżej parametrów oraz indywidualnych danych, przekazywanych co 12 miesięcy, do Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu oraz do

Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w postaci „Karty obserwacji Pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu Zespołu Prader-Willi".

11. określenie czasu leczenia w programie:

Kryteria zakończenia terapii hormonem wzrostu dzieci z zespołem Prader-Willi stanowią:

- narastanie otyłości, pomimo stosowanego leczenia hormonem wzrostu (wzrost wielkości wskaźnika BMI w odniesieniu do norm populacyjnych o 2 odchylenie standardowe lub więcej),
- osiągnięcie wieku kostnego > 16 lat przez dziewczynkę i > 18 lat przez chłopca,
- wystąpienie powikłań zastosowanej terapii i/lub powikłań choroby zasadniczej,
- brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia.

12. Warunki Realizacji Programu:

Dla realizacji programu leczenia hormonem wzrostu pacjentów z zespołem Prader-Willi celowym jest przyjęcie sieci ośrodków odpowiednio przygotowanych do jego realizacji. Ośrodki takie powinny posiadać zarówno odpowiednio wyszkoloną kadrę, jak i szeroko rozbudowaną bazę diagnostyczno – terapeutyczną i w tym:

- odpowiednią do potrzeb bazę diagnostyczno-terapeutyczną, możliwość diagnozowania pacjentów z niskorosłością i/lub otyłością, ze szczególnym uwzględnieniem zespołu Prader-Willi, z możliwością monitorowania terapii hormonem wzrostu,
- możliwość wykonywania specjalistycznych konsultacji i badań genetycznych,
- możliwość prowadzenia rehabilitacji i leczenia dietetycznego,
- salę zabiegową, z zestawem do leczenia p/wstrząsowego i z glukometrem,
- wysokospecjalistyczne laboratorium analityczne, czynne całą dobę,
- odpowiednio wyszkolony personel (dietetyk, rehabilitant),
- chłodnię - wyodrębnioną do przechowywania leku, z możliwością całodobowego monitorowania temperatury,

- pełnoprofilowy zakład radiodiagnostyki, wyposażony m.in. w aparat do obrazowania okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI) oraz sprzęt do badań ultrasonograficznych,
- odpowiedni sprzęt antropometryczny, w tym w stadiometr typu Harpanden,
- zunifikowane mierniki norm (m.in. siatki centylowe dla oceny rozwoju somatycznego, atlas Grulich'a-Pyle do oceny wieku kostnego),
- możliwość specjalistycznych konsultacji, szczególnie laryngologicznych, okulistycznych, psychologicznych, neurologicznych, itp.,
- możliwość bezpośredniego przekazywania danych w formie elektronicznej.

Kwalifikacje personelu:

- co najmniej 2 lekarzy ze specjalizacją z zakresu pediatrii i 2 lekarzy ze specjalizacją z endokrynologii, z wieloletnim doświadczeniem w pracy w oddziale pediatrycznym, w którym leczono dzieci i młodzież hormonem wzrostu,
- wykwalifikowany personel pomocniczy, składający się zarówno z personelu pielęgniarskiego (co najmniej 2 pielęgniarki), jak i odpowiednio przeszkolonego dietetyka i rehabilitanta,
- współpracujący z tym zespołem zespół innych specjalistów (genetyk, psycholog, okulista, ginekolog zajmujący się dziećmi, neurolog, kardiolog, hemato-onkolog, itp.).

Jednostka przystępująca do konkursu na realizację Programu wyraża zgodę na przystąpienie do wspólnego zakupu leku przez wszystkie jednostki realizujące Program, który przeprowadzony zostanie przez Jednostkę Koordynującą realizację Programu.

13. Piśmiennictwo

1. Burman, P., M. Ritzen, A.C. Lindgren. Endocrine dysfunction in Prader-Willi syndrome: a review with special reference to GH. Endocr Rev 2001, 22: 787-799.
2. Butler MG, Palmar FJ. Parental origin of chromosome 15 deletion in Prader-Willi syndrome. Lancet 1983; 1: 285-286.

3. Cassidy SB. Prader-Willi syndrome. J Med Genet 1997; 34: 917-923.
4. Corrias, A. GH/IGF-I axis in Prader-Willi syndrome: evaluation of IGF-I levels and of the somatotroph responsivness to various provocative stimuli tests. J Endocrinol Invest 2000, 23: 84-89.
5. Cummings DE, Clement K, Purnell JQ: Elevated plasma ghrelin level in Prader-Willy syndrome. Nat Med 2002; 8: 643-644.
6. Eiholzer, U. Prader-Willi syndrome. Effects of human growth hormone treatment. 2001, Karger: Basel.
7. Eiholzer U, Stutz K, Wenmann C, Torresani T, Molinari L, Prader A. Low insulin, IGF-I and IGFBP-3 levels in children with Prader-Labhart-Willi syndrome. Eur J pediatr, 1998, 157, 890-893.
8. Florini J.R., Ewton D.Z., Coolican S.A. Growth hormone and insulin – like growth factor system in myogenesis. Endocrine Rev 1996; 17: 481–517.
9. Goldstone AP, Unmehopa UA, Thomas EL i wsp. Hypothalamic neuropeptides and regulation of fat mass in Prader-Willi Syndrome, w: Prader-Willy Syndrome as a model for obesity, pod red.: Einholzer U., L'Allemand D., Zipf W.B., Karger, Basel, 2003,
10. Holm VA, Cassidy SB, Butler MG, Hanchett JM, Greenswag LR, Whitman BY, Greenberg F. Prader-Willy syndrome: Consensus diagnostic criteria. Pediatrics 1993; 91: 398-340
11. Lindgren AC, Grandell U, Ritzen EM, Anvret M. Diagnosis of Prader-Willy syndrome by proving the absence of the ummethylated PW71 DNA fragment. Acta Paediatr 1996; 85: 195-198.
12. Lindgren AC, Hagenas L, Muller J, Blichfeldt S, Rosenborg M, Brismar T, Ritzen EM. Growth hormone treatment of children with Prader-Willy syndrome affects linear growth and body composition favourably. Acta Paediatr 1998; 87: 28-31.
13. Prader A., Labhart A, Willi H: Ein Syndrom von Adipositas, Klieinwuchs, Kryptorchismus und Oligophrenie nach myatonieartigem Zustand in Neugeborenalter. Schweiz Med Wohenschr 1956; 86: 1260.
14. Renehan A.G., Zwahlen M., Minder C. i wsp.: Insulin like growth factor (IGF) –I, IGF binding protein-3, and cancer risk: systematic review and meta-regression analysis. Lancet 2004, 363, 1346-1353.
15. Romer T.E. Zaburzenia wzrostu i rozwoju., w: Endokrynologia kliniczna dla ginekologa, internisty i pediatry; pod red. Romer T.E., Springer PWN, Warszawa 1998: 43-65.

16. Romer T.T. Walczak M. Szalecki M. Hormon wzrostu jako lek. Ordynator Leków 2005, 5 (1), 22-47.
17. Swaab DF. Prader-Willi syndrome and the hypothalamus. Acta Pediatr 1997; 423: 50-54.
18. Wollmann, H. A., Schultz U., Grauer M., Ranke M.. Reference values for height and weight in Prader-Willi syndrome based on 315 patients. Eur J Pediatr 1998, 157: 634-642.
19. Wyatt D.: Lessons from the National Cooperatice Growth Study. Eur. J Endocrinol. 2004, 151, S55-S59.
20. Obersztyn E., Szpecht–Potocka A.: Zespół Pradera – Williego. Diagnostyka kliniczna, cytogenetyczna i molekularna. Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 2004.
21. Palczewska I., Niedźwiecka Z. Wskaźniki rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży warszawskiej. Med. Wieku Rozw. 2001, 5, (supl 1), 17-118.
22. Ranke M.B., Wilton P. i wsp. Growth hormone therapy in KIGS – 10 years` experience. Johann Ambrosius Barth Verlag; Heildelberg, Leipzig 1999.
23. Rosenfeld R.G., Cohen P.: Disorders of Growth Hormone/Insulinlike Growth Factor secretion and action. w Pediatric Endocrinology Wydanie II, pod red. Sperling M.A., Saunders, 2002, 211-288.
24. Eiholzer U.: Deaths in children with Prader-Willi Syndrome. Horm Res 2005, 63, 33-9.
25. Walczak M.: Czy uzasadnione jest leczenie hormonem wzrostu dzieci z zespołem Prader-Willi?, wykład programowy na: III Zjeździe - XV Sympozjum Polskiego Towarzystwa Endokrynologów Dziecięcych, Międzyzdroje, 6-8.10.2005., streszczenie opublikowane w: Endokr. Pediat. 2005, 4, (supl. 4), 16.

14. Załączniki

Załącznik 1. Wniosek o zakwalifikowanie do leczenia hormonem wzrostu dla pacjentów z zespołem Prader-Willi

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY D/S STOSOWANIA HORMONU WZROSTU
WNIOSEK
Wniosek o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu dla pacjentów z zespołem Prader-Willi

(Prosimy wypełnić maszynowo lub pismem drukowanym w czarnym kolorze!)

1. Nr wniosku _____ 2. Inicjały pacjenta _____ 3. PESEL pacjenta _____
4. Data urodzenia _____ 5. Płeć M/K _____ 6. Data wyst. wniosku _____

A. Dane personalne pacjenta i nazwa jednostki kierującej

7. Imię _____ 8. Nazwisko _____
9. Data urodzenia _____

Ojciec:

10. Imię _____ 11. Nazwisko _____

Matka:

12. Imię _____ 13. Nazwisko _____
14. Czy pacjent jest dzieckiem adoptowanym? Tak 1 ☐ Nie 2 ☐

Opiekun:

15. Imię _____ 16. Nazwisko _____

Miejsce zamieszkania pacjenta:

17. Miejscowość _____ 18. Kod _____
19. Poczta _____ 20. Ulica _____
21. Nr domu _____ 22. Nr mieszk. _____ 23. Woj. _____
24. Tel. dom. _____ 25. Tel. miejsca pracy rodziców / opiekunów

Jednostka wystawiająca wniosek:

26. Pełna nazwa _____

_____

_____

27. Miejscowość _____ 28. Kod _____
29. Ul. _____ 30. Nr _____
31. Tel. _____ 32. Fax. _____
33. Nr karty lub historii choroby pacjenta _____

Lekarz wystawiający wniosek:

34. Imię _____ 35. Nazwisko _____

podpis i pieczątka lekarza

podpis i pieczątka Kierownika jednostki uprawnionej do terapii hormonem wzrostu

B. Dane auksologiczne:

36. Wysokość ciała (cm) _____ 37. centyl *) _____ 38. Data pomiaru _____
39. Masa ciała pacjenta (kg) _____ / centyl _____ 40. Data pierwszego pomiaru _____
41. BMI (centyl dla wieku i płci) _____
42. Masa ciała pacjenta (kg) _____ / centyl _____ 43. Data drugiego pomiaru* _____
44. BMI* (centyl dla wieku i płci) _____

* Wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku wystawiającym wniosek

Tempo wzrastania przed leczeniem
(wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku wystawiającym wniosek)

45. Wys. ciała _____ cm 46. Data I pomiaru _____
47. Wys. ciała *) _____ cm 48. Data II pomiaru *) _____
49. Tempo wzrastania w cm/rok _____

UWAGA:
*) Punkty 47 i 48 powinny zawierać te same dane, co punkty 42 i 43.

50. Wiek kostny _____ 51. Data rtg _____
52. Metoda oceny wieku kostnego _____
53. Pochodzenie etniczne:

Rasa – podaj odpowiedni numer kodu: 1 – kaukaska, 2 – czarna, 3 – żółta, 4 – inna, jeśli 4 – wymień _____

Rodzice
(Podać tylko wartości mierzone przez ośrodek kierujący)
40. Data pomiaru ojca …….. 41. Data pomiaru matki…….

Data pomiaru	54. Ojciec: _____	55. Matka: _____
Wzrost:	56. Ojciec: _____cm / _____ c	57. Matka: _____cm / _____ c
Masa ciała:	58. Ojciec: _____ kg / _____ c	59. Matka: _____ kg / _____ c
BMI:	60. Ojciec: _____ / _____ c	61. Matka: _____ / _____ c

62. średni wzrost rodziców (mp-h) _____
63. niedobór wzrostu w SDS stosunku do średniego wzrostu rodziców [pat – mp-h] _____
64. Wysokość ciała rodzeństwa:

L.p.	Imię	Data urodzenia	Data pomiaru	Wys. c.		Masa c.		BMI	
				cm	centyl	kg	centyl		centyl
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

C. Wywiad:

65. Masa ciała przy urodzeniu (g) ___ 66. Długość ciała (cm) _____ 67. Obwód głowy (cm) _____
68. Który poród _____ 69. Która ciąża _____ 70. Czas trwania ciąży w tyg. _____
71. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N) , gdy N wypełnić 76
72. Nieprawidłowy przebieg ciąży (opis) _____

_____

_____

_____

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

Poród (T/N):

73. Fizjologiczny, siłami natury ___ 74. Pośladkowy_____ 75. Cięcie cesarskie ____ 76. Inne _____

Akcja porodowa (T/N):

77. Samoistna _____ 78. Wspomagana _____ (jeśli T - zakreśl odpowiednie: vacuum, kleszcze, inne)
79. Uraz porodowy_____ 80. Niedotlenienie i resuscytacja _____
81. Ocena wg skali Apgar: 1 min _____ 5 min _____ 10 min_____
82. Przebieg okresu noworodkowego (opis) _____

_____

_____

_____

_____

_____

Inne dane z wywiadu:

83. Nietolerancja węglowodanów/Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania i sposób leczenia

_____ _____

_____ _____

84. Białaczka – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania, rodzaj (opis): _____

_____ _____

_____ _____

85. Inne choroby rozrostowe (T/N) - jeśli tak to podać rodzaj choroby i sposób leczenia _____

_____ _____

_____ _____

86. Przedłużające się infekcje górnych dróg oddechowych - (T/N) jeśli tak to proszę podać opis _____

87. Hipogonadism - (T/N) _____ 88. Hipoglikemia - (T/N) _____

Leczenie:

89. Naświetlania - (T/N): _____ czaszki, kręgosłupa, gonad, całego ciała *(zakreśl odpowiednie*)
90. Leki cytostatyczne – (T/N) _____
91. Inne choroby przewlekłe (T/N)_____
92. Jeśli Tak – wymień jakie:_____

_____

93. Podaj także, inne dane, np. kiedy spostrzeżono nadmierny przyrost masy ciała, zwolnienie tempa wzrastania, bóle głowy, zaburzenia widzenia, często powtarzające się choroby, szczególnie infekcje górnych dróg oddechowych i inne choroby

_____

_____

_____

_____

(W przypadku braku miejsca, proszę dołączyć dane na osobnym arkuszu oznaczonym Nr 93)

94. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) _____
Jeśli TAK, to proszę wypełnić odpowiednią stronę w arkuszu: Przebieg Dotychczasowego wzrastania, z siatką dla BMI.

D. Stan przedmiotowy:

95. Data badania:_____
96. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, stan odżywienia, budowa ciała, cechy dysmorfii, towarzyszące wady rozwojowe). (W przypadku braku miejsca, proszę dołączyć dane na osobnym arkuszu oznaczonym Nr 96).

_____

_____

_____

_____

_____

Dojrzewanie płciowe (klasyfikacja wg skali Tannera)

97. Data badania _____ 98. Thelarche _____ 99. Pubarche _____
100. Menarche (T/N) _____
101. Data pierwszej miesiączki _____ Czy były następne miesiączki, jeśli TAK opisz i podaj datę ostatniej_____

102. Jądro prawe (T/N) ___ 103. W mosznie _____ 104. W kan. pachw. _____ 105. Brak _____
106. Jądro lewe (T/N) ____ 107. W mosznie _____ 108. W kan. pachw. _____ 109. Brak _____
110. Objętość w ml: _____ 111. Lewe_____ 112. Prawe_____

113. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie:_____

1) wczesne 2) normalne 3) późne 4) nieznane

114. Czy pacjent otrzymywał leki wpływające na procesy dojrzewania płciowego (T/N) _____

115. Jeśli Tak wymień jakie leki i kiedy: _____

_____ _____

_____ _____

_____ _____

E. Badania dodatkowe:

Ocena rozwoju psychoruchowego/intelektualnego

116. Data badania_____

117. Opis konsultacji psychologicznej z oceną rozwoju psychoruchowego/intelektualnego –(z podaniem zastosowanej metody)

_____

_____

_____

_____

_____

Badanie laryngologiczne

–z opinią odnośnie drożności górnych dróg oddechowych oraz ryzyka nocnych bezdechów

118. Data badania _____

119. Opis badania _____

_____

_____

_____

Badanie genetyczne

120. Data badania _____ 121. Numer badania podany przez pracownię_____

122. Pracownia wykonująca badanie _____

_____

123. Wynik badania _____

_____

_____

_____

Badania obrazowe:

TK / MRI głowy i okolicy podwzgórzowo – przysadkowej

124. Data badania _____
125. Opis _____

_____

_____

_____

_____

_____

Badania ultrasonograficzne:

126. Data badania _____
127. Opis _____

_____

_____

_____

_____

_____

W przypadku większej ilości badań umieścić je na dodatkowym arkuszu oznaczonym nr 126

Inne badania obrazowe

128. Data badania _____

129. Opis _____

_____

_____

_____

_____

_____

Ocena przemian węglowodanowych

130. Data pomiaru _____ 131. Glikemia przygodna _____

132. Data pomiaru _____ 133. Gliemia na czczo _____

134. Data pomiaru _____ 135. Odsetek glikowanej hemoglobiny A_{1c} _____

136. Data pomiaru _____ 137. Test do ustnego obciążenia glukozą z (oznaczeniem glikemii i insulinemii)

Czasy	0	30	60	90	120	minut
Glikemia						jedn._____
Insulinemia						jedn._____

Ocena przemian lipidowych

138. Data pomiaru _____ 139. Stężenie triglicerydów _____

140. Data pomiaru _____ 141. Stężenie cholesterolu całkowitego _____

142. Data pomiaru _____ 143. Stężenie frakcji LDL cholesterolu _____

144. Data pomiaru _____ 145. Stężenie frakcji HDL cholesterolu _____

F. Badania hormonalne:

146. Test nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (stężenia GH w surowicy)						
Czasy	0’	30’	60’	90’	120’	jedn.
GH						j

* co najmniej 5 pomiarów po zaśnięciu

Testy stymulujące sekrecje GH (stężenia GH w surowicy)*:*

Testy stymulujące sekrecję hormonu wzrostu

TEST 1.

147. Data wykonania _____

148. Sposób stymulacji z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii)

_____

149. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

Czasy	0’	30’	60’	90’	120’	jedn.
GH						j

TEST 2.

150. Data wykonania _____

151. Sposób stymulacji z podaniem dawki leku (jeśli test insulinowy podać wartość wyjściową i minimalną glikemii)

_____

152. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach:

Czasy	0'	30'	60'	90'	120'	jedn.
GH						j

Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:

153. Data _____ 154. FT4 _____ jednostki _____

155. Data _____ 156. FT3 _____ jednostki _____

157. Data _____ 158. TSH _____ jednostki _____

159. Rozpoznano niedczynność tarczycy: (T/N)_____ Rok rozpoznania _____

160. Substytucja (T/N)_____ jeśli tak podaj dawkę _____ *(zakreśl odpowiednie)*

Gonadotropiny w surowicy:

161. Data _____ 162. LH _____ jednostki _____

163. Data _____ 164. FSH _____ jednostki _____

IGF-I w surowicy:

165. Data _____ 166. IGF-I _____ jednostki _____

IGFBP3 w surowicy:

167. Data _____ 168. IGF-II _____ jednostki _____

Kortyzol

poranny:

169. Data _____ 170. _____ jednostki _____

nocny:

171. Data _____ 172. _____ jednostki _____

Inne badania hormonalne:

173. Data wykonania _____opis _____

_____

174. Data wykonania _____opis _____

_____

G. Inne informacje:

175. Czy pacjent jest leczony dietetycznie (T/N) _____

176. Jeżeli tak to od kiedy i z jakim efektem _____

177. Inne badania wykonane u pacjenta

178. Czy pacjent jest poddany rehabilitacji (T/N) _____

179. Jeżeli tak to od kiedy / z jakim efektem i jaką metodą _____

180. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu

Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu dziecko będzie leczone preparatami zakupionymi przez Ośrodek Koordynujący realizację Programu ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Lekarz prowadzący:

181. Imię _____ 182. Nazwisko _____

183. Data _____

podpis i pieczątka lekarza

podpis i pieczątka Kierownika jednostki uprawnionej do terapii hormonem wzrostu

UWAGA!

1. Wniosek bez:
   - rozpoznania potwierdzonego badaniem genetycznym,
   - co najmniej 6 mies. obserwacji wzrastania i stanu odżywienia (BMI) w ośrodku wystawiającym wniosek,
   - arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania (siatki centylowe) i siatki centylowej BMI,
   - konsultacji laryngologa i psychologa,
   - informacji na temat stosowanej diety i prowadzonej rehabilitacji,
   - rtg śródręcza do oceny wieku kostnego,
   - pomiaru stężeń FT_4 i IGF-1 oraz oceny tolerancji węglowodanów po próbie obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii

   nie będzie rozpatrywany
2. Wnioski wypełnione nieczytelnie lub błędnie będą odsyłane.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu.

Załącznik 2. Załączniki do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w Zespole Prader-Willi:

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

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania hormonu zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz przyjeżdżania na badania kontrolne w wyznaczonych terminach

Data _____ Podpis opiekuna _____

Podpis lekarza _____

Załącznik 3 Karta obserwacji pacjenta leczonego hormonem wzrostu z powodu zespołu Prader-Willi

KARTA OBSERWACJI PACJENTA Z PWS

leczonego hormonem wzrostu (wizyty kontrolne co 3 do 6 miesięcy)

Proszę wypełniać w czasie wizyty pacjenta i wysłać na adres Sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego.

1. Nazwisko i imię pacjenta						
2. Numer karty lub historii choroby						
3. Pesel		Data urodzenia		Wiek kalendarzowy		
4. Data rozpoczęcia podawania GH *(format daty RRRR-MM-DD)*						
5. Data wizyty		6. Wys. ciała (cm)		7. Masa c (kg)		
8. Data poprzedniej wizyty		9. Wys. ciała (cm)		10. Masa c (kg)		
				11. Tempo wzrastania (cm/rok)		
12. BMI aktualne			centyl:			
13. BMI poprzednie			centyl:			
14. Przerwy w stosowaniu GH						
od		do		nie było		
z powodu:	A. choroby towarzyszącej,					
	B. decyzji lekarza,					
	C. decyzji rodziców,					
	D. braku leku.					

Ostatnie badania hormonalne:

15. TSH		jedn		Data
16. FT4		jedn		Data
17. IGF-I		jedn		Data
18. Wiek kostny				Data

Co najmniej co 12 miesięcy należy podać wyniki oceny przemian węglowodanowych

19. Odsetek glikowanej hemoglobiny A1c			Data
20. Test do ustnego obciążenia glukozą (oznaczenie glikemii i insulinemii)			Data

Glikemia:			
0 min.		jedn	
30 min.		jedn	
60 min		jedn	
90 min		jedn	
120 min		jedn	
Insulinemia:			
0 min.		jedn	
30 min.		jedn	
60 min		jedn	
90 min		jedn	
120 min		jedn	

Wyniki innych badań dodatkowych i konsultacji

Przebieg leczenia:

21. Powikłania, objawy uboczne (jeśli były powikłania, nalezy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)
22. Przebyte choroby od ostatniej wizyty - opis, prowadzone leczenie (jeśli były zachorowania, należy wypełnić Arkusz Objawów Niepożądanych)
23. Stosowane leczenie poza hormonem wzrostu (dawki / okres / opis) :
    Inne leki
24. Stosowane dawki GH mg/kg.tydz. (j/ kg /tydzień) (podać okres od - do, jeśli dawka uległa zmianie):
    dawka sumaryczna - tygodniowo/dziennie

od		do		dawka	
od		do		dawka	
od		do		dawka	

25. Sposób podawania (podskórnie, domięśniowo, liczba wstrzyknięć tygodniowo) opis:
    podskórnie, 7 razy w tygodniu, w przedramiona, brzuch, uda ...
26. Czy pacjent stosuje zaleczną dietę (T/N) | jeśli nie to podaj przyczynę
27. Czy pacjent podlega rehabilitacji (T/N) | jeśli nie to podaj przyczynę, jeżeli tak to w jakiej formie
27. Rozwój płciowy: Owłosienie: 1,2,3,4,5
    Rozwój narządów płciowych piersi: 1,2,3,4,5
    menarche: rok miesiąc:
28. Opinia lekarza prowadzącego co do celowości dalszego leczenia:

Wskazana, kontynuacja leczenia ze względu na znaczące przyspieszenie tempa wzrastania T/N	
Wskazana, kontynuacja leczenia ze względu poprawę rozwoju psychoruchowego T/N	
Wnioskuję o przedłużenie okresu leczenia o kolejny rok (proszę uzasadnić)	

29. Uwagi:

Oświadczam, iż w przypadku zakwalifikowania do dalszej terapii hormonem wzrostu dziecko będzie leczone preparatami zakupionymi przez Ośrodek Koordynujący ze środków przyznanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Imię i nazwisko lekarza Data

podpis i pieczątka lekarza:

podpis i pieczątka Kierownika jednostki uprawnionej do terapii hormonem wzrostu

Zdolny do normalnej aktywności i pracy	**100**	Normalny - bez dolegliwości, bez objawów choroby
Nie wymaga specjalnej opieki	**90**	Zdolny do normalnej aktywności, nieznaczne objawy choroby
	80	Wykouje normalne działania z wysiłkiem, niektóre objawy choroby
Niezdolny do pracy Zdolny do życia w domu i zaspokajania większości osobistych potrzeb	**70**	Zdolny do zaspokajania potrzeb osobistych Nie jest zdolny do normalnych czynności i lub aktywnej pracy
	60	Okresowo wymaga pomocy ale zaspokaja większość osobistych potrzeb
	50	Wymaga codzinnej znacnej pomocy i częstych porad lekarskich
Niezdolny do zaspokajania potrzeb osobistych	**40**	Upośledzony; wymaga specjalnej opieki i pomocy
Wymaga hospitalizacji lub podobnej formy opieki	**30**	Znacznie upośledzony, wskazana hospitalizacja,ale
	20	Ciężko chory, hospitalizacja konieczna, konieczne leczenie podtrzymujące
	10	Umierający, groźne procesy szybko narastają

Stan sprawności wg WHO	
0	Normalna aktywność, nie wymaga opieki
1	Umiarkowanie zmniejszona aktywność i wydolność do pracy, podczas dnia nie leży w łóżku. Objawy choroby mogą być leczone ambulatoryjnie
2	Nie jest zdolny do pracy, częściowo zaspokaja potrzeby osobiste, wzrasta potrzeba opieki, a pomoc jest konieczna, przebywa w łóżku mniej niż połowę dnia
3	Nie może zaspokoić osobistych potrzeb, wymaga stałej opieki lub hospitalizacji, szybko narastają dolegliwości, przebywa w łóżku dłużej niż połowę dnia
4	Całkowicie uzależniony (obłożnie chory), stale przebywa w łóżku

Skala odpowiedzi na leczenie wg WHO	
Rodzaj	**Cechy**
CR Całkowita remisja (odpowiedź) (complet response)	Ustąpienie wszystkich oznak obecności nowotworu, włączając miejsca przerzutów. Ocena na podstawie badania przedmiotowego, badań labolatoryjnych i metod obrazowania
PR częściowa remisja (partial response)	Zmniejszenie się zmian - oceniane na podstwie badania klinicznego i metod obrazowania - o 50% lub więcej, utrzymujące się przez co najmniej 4 tygodnie
NC Brak zmian (no change)	Zmniejszenie zmiany, ale w stopniu mniejszym niż podane dla cechy PR
PD progresja choroby (progressive disedse)	Wzrost wielkości zmiany lub pojawienie się nowych ognisk

Skala nasilenia działań niepożądanych wg WHO					
	Stopień 0	Stopień 1	Stopień 2	Stopień 3	Stopień 4
Rytm serca	prawidłowy	tachykardia zatokowa spoczynkowa >= 110/min.	nadkomorowe skurcze dodatkowe	skurcze dodatkowe komorowe wielośrodkowe	częstoskurcz komorowy
Wydolność serca	zachowana	niewielkie odchylenia w badaniu przedmiotowym, bez objawów klinicznych	przemijająca niewydolność nie wymagająca leczenia	niewydolność odpowiadająca na leczenie	niewydolność oporna na leczenie
Zapalenie osierdzia	nieobecne	wysięk bezobjawowy	wysięk objawowy, drenaż niekonieczny	tamponada, konieczny drnaż	tamponada, konieczna operacja
Wydolnośc oddechowa	prawidłowa	niewielkie objawy	duszność wysiłkowa	duszność spoczynkowa	konieczne leżenie
Gorączka polekowa	nieobecna	< 38 st C	38-40 st C	> 40 st C	gorączka z hipotonią
Odczyny alergiczne	nieobecne	obrzęki obwodowe	skurcz oskrzeli	skurcz oskrzeli, wymagane leczenie doustne	wstrząs anafilaktyczny leczenie pozajelitowe
Owłosienie głowy	prawidłowe	niewielka utrata włosów	nasilone łysienie	wyłysienie odwracalne	wyłysienie całkowite nieodwracalne
Skóra	Bez zmian patologicznych	rumień	suche złuszczenie, świąd, pęcherze	wilgotne złuszczenie, owrzodzenia	zapalenie złuszczające, martwica, wymaga leczenia chirurgicznego
Zakażenia	nieobecne	lekkie	średnie	ciężkie	ciężkie z hipotonią
Morfologia krwi					
hemoglobina g/100ml	>=11,0	9,5-10,9	8,0-9,4	6,5-7,9	<6,5
leukocyty 1000/mm2	>=4,0	3,0-3,9	2,0-2,9	1,0-1,9	<1,0
granulocyty 1000/mm2	>=2,0	1,5-1,9	1,0-1,4	0,5-0,9	<0,5
płytki 1000/ mm2	>=100,0	75,0-99,0	50,0-74,0	25,0-49,0	<25,0
krwawienie	nieobecne	wybroczyny	niewielka utrata krwi	znaczna utrata krwi	krwotok
Przewód pokarmowy					
nudnośc/wymioty	nieobecne	nudności	wymioty przemijające	wymioty wymagające leczenia	nieusttne wymioty
biegunka	nieobecna	przejściowa; < 2 dni	> 2 dni	wzmaga leczenia	biegunka krwotoczna, odwodnienie
zaparcia	nieobecna	łagodne	umiarkowane	silne, atonia jelit	atonia jelit, wymioty
śluzówki jamy ustnej	prawidłowe	dyskomfort, rumień	rumień, owrzodzenia, wymagane pokarmy stałe	owrzodzneia, wymagana dieta płynna	odżywianie doustne nie jest możliwe
bilirubina	< 1,25 * N	1,26-2,9 * N	2,6-5,0 * N	5,1-10,0 * N	>10,1 * N
Bóle wywołane leczeniem	nieobecne	niewielkie	średnio nassilone	silne, atonia jelit	trudne do zniesienia
Wydolność nerek					
mocznik	<1,25 * N	1,26-2,5 * N	2,6-5,0 * N	5,1 - 10,0 * N	>10,1 * N
kreatynina	<1.6 * N	1,6 - 3,25 * N	3,26 - 6,5 * N	powyżej 6,5 * N	
białkomocz	nieobecny	< 0,3 g%	0,3 - 1 g%	1,1 - 10 g%	zespół nerczycowy
krwiomocz	nieobecny	mikroskopowy	nasilony	nasilony, obecne skrzepy	nefropatia
Układ nerwowy					
świadomość	pełna	przemijająca senność	senność> 50% czasu	senność <50 % czasu aktywności	śpiączka aktywności
stan nerwów obwodowych	odruchy prawidłowe	parastezje, osłabienie odruchów ścięgnistych	silne parestezje, lub/i osłabienie ogólne	bardzo silne parestezje, lub/i znaczne osłabienie motoryki	porażenia

01/01/SZP/2007

UMOWA Nr ...../.....

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

- LECZENIE SZPITALNE

zawarta w ....., dnia ..... roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - ……..... **Oddziałem Wojewódzkim w** ..... z siedzibą: ..... (ADRES), reprezentowanym przez ……....., zwanym dalej **"Oddziałem Funduszu"**

a

..... , reprezentowanym przez ..... , zwanym dalej **"Świadczeniodawcą"**.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne, zwanych dalej „świadczeniami", w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w ***"SZCZEGÓŁOWYCH MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU: LECZENIE SZPITALNE"***, wprowadzanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi".
3. Zmiana materiałów informacyjnych następuje nie częściej niż raz w roku z mocą obowiązującą od pierwszego dnia następnego okresu rozliczeniowego.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. zgodnie z materiałami informacyjnymi określonymi zarządzeniem nr .... Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia .....2006 r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie osób udzielających świadczenia", stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.

2. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców", stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.
3. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i materiałach informacyjnych.
5. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
6. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

§ 3

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się, na okres obowiązywania umowy, do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, wskazanego w ust. 1 określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz.1643).
3. Minimalna suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 2, ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. wynosi maksymalnie ..... zł (słownie: ..... zł).
2. Świadczenia, dla których oznaczony jest poziom referencyjny, mogą być rozliczone pod warunkiem spełnienia wymagań określonych w załączniku Nr 3a do materiałów informacyjnych.
3. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy", stanowiący załącznik nr 1 do umowy.
4. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr ..... .
5. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera w sobie kwotę stanowiącą realizację art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076), w wysokości …….. zł (słownie……..……..……zł), zwaną dalej „środkami na podwyżki".

6. Środki na podwyżki będą przekazywane w równych miesięcznych ratach w terminach do 5 dnia miesiąca, następującego po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy.
7. Świadczeniodawca wystawia faktury oddziałowi Funduszu z tytułu, o którym mowa w ust. 5, do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym nastąpi przekazanie raty środków na podwyżki.

KARY UMOWNE

§ 5

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
3. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 i 2, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 6

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia …..…….. do dnia …….....…….....r.

ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN UMÓW ZAWARTYCH NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ ROK

§ 7

1. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza materiały informacyjne na następny okres rozliczeniowy do dnia 20 września danego okresu rozliczeniowego.
2. Oddział Funduszu przedstawia w terminie do dnia 30 września danego okresu rozliczeniowego propozycję kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy.
3. Ustalenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy dokonywane jest w terminie do dnia 30 listopada danego okresu rozliczeniowego.
4. W przypadku nie ustalenia kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy lub planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy, w terminie określonym w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego okresu rozliczeniowego. Oddział Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń-luty następnego okresu rozliczeniowego, na zasadach obowiązujących w grudniu danego okresu rozliczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 9

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PODPISY STRON

.....	.....
.....	.....
Świadczeniodawca	**Oddział Funduszu**

Wykaz załączników do umowy:

1) **Załącznik nr 1 do umowy –** Plan rzeczowo-finansowy;
2) **Załącznik nr 2 do umowy –** Wykaz osób udzielających świadczenia;
3) **Załącznik nr 3 do umowy –** Wykaz podwykonawców udzielających świadczenia na zlecenie Świadczeniodawcy.

załącznik nr 1 do umowy SZP

kod świadczeniodawcy | umowa nr: | nr pierwotny umowy:

ŚWIADCZENIODAWCA | OW NFZ

Plan rzeczowo-finansowy

rodzaj świadczeń: leczenie szpitalne

lp.	zakres świadczeń	kod zakresu świadczeń	w okresie rozliczeniowym od: …….. do …….		
			liczba jednostek rozliczeniowych	cena jedn. rozlicz. (zł)	wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy)					

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem zakresy

razem zakresy	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)
	styczeń		luty		marzec		kwiecień	
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych
- poszczególne zakresy (odrębnie dla każdego zakresu objętego umową)

kod zakresu	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)
	styczeń		luty		marzec		kwiecień	
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

(Pieczęć świadczeniodawcy)

załącznik nr 2 do umowy SZP

Wykaz osób udzielających świadczeń

Numer umowy …….. **Nazwa świadczeniodawcy ……**

Grupa zawodowa 1*: lekarze (2231)

System pracy 1: **system stały[1]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: **system zmianowy[2]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: **system dyżurowy[3]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 2: pielęgniarki (2241)

System pracy 1: system stały[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: system zmianowy[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 3: położne (2242)

System pracy 1: system stały[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: system zmianowy[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 4: psycholodzy i pokrewni (2244)

System pracy 1: **system stały**[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: **system zmianowy**[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: **system dyżurowy**[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 5: dietetycy i żywieniowcy (3214)

System pracy 1: **system stały**[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: **system zmianowy**[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: **system dyżurowy**[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 6: fizjoterapeuci i pokrewni (3224)

System pracy 1: system stały[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: system zmianowy[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy,	zawód/ specjalność**	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje ***	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 7: specjaliści ochrony zdrowia (z wyjątkiem pielęgniarek i położnych) gdzie indziej niesklasyfikowani (2239)

System pracy 1: system stały[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: system zmianowy[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 8: średni personel ochrony zdrowia gdzie indziej nie sklasyfikowany (3229)

System pracy 1: system stały[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: system zmianowy[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

załącznik nr 3 do umowy SZP – leczenie szpitalne

Wykaz podwykonawców

lp.	nazwa podwykonawcy	przedmiot umowy	miejsce udzielania świadczeń	czas obowiązywania umowy
1	*2*	*3*	*4*	*5*
1				
2				
3				
4				
5				
6				

02/01/SZP/2007

UMOWA Nr ...../.....

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

- LECZENIE SZPITALNE

TELERADIOTERAPIA, BRACHYTERAPIA I TERAPIA IZOTOPOWA

zawarta w ....., dnia ..... roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - ……..... **Oddziałem Wojewódzkim w** ..... z siedzibą: ..... (ADRES), reprezentowanym przez ……....., zwanym dalej **"Oddziałem Funduszu"**

a

..... , reprezentowanym przez ..... , zwanym dalej **"Świadczeniodawcą"**.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne - teleradioterapia, brachyterapia i terapia izotopowa, zwanych dalej „świadczeniami", w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w ***"SZCZEGÓŁOWYCH MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU: LECZENIE SZPITALNE"***, wprowadzanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi".
3. Zmiana materiałów informacyjnych następuje nie częściej niż raz w roku z mocą obowiązującą od pierwszego dnia następnego okresu rozliczeniowego.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. zgodnie z materiałami informacyjnymi określonymi zarządzeniem nr .... Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia .....2006 r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie osób udzielających świadczenia", stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców", stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.
3. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach odrębnych i materiałach informacyjnych.
5. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
6. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

§ 3

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się, na okres obowiązywania umowy, do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, wskazanego w ust. 1 określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz.1643).
3. Minimalna suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 2, ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. wynosi maksymalnie ..... zł (słownie: ..... zł).
2. Świadczenia, dla których oznaczony jest poziom referencyjny, mogą być rozliczone pod warunkiem spełnienia wymagań określonych w załączniku Nr 3a do materiałów informacyjnych.
3. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy", stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.

4. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr .....
5. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera w sobie kwotę stanowiącą realizację art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076), w wysokości …… zł (słownie…….zł), zwaną dalej „środkami na podwyżki".
6. Środki na podwyżki będą przekazywane w równych miesięcznych ratach w terminach do 5 dnia miesiąca, następującego po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy.
7. Świadczeniodawca wystawia faktury oddziałowi Funduszu z tytułu, o którym mowa w ust. 5, do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym nastąpi przekazanie raty środków na podwyżki.

KARY UMOWNE

§ 5

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
3. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 i 2, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 6

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia …..…….. do dnia …….....…….....r.

ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN UMÓW ZAWARTYCH NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ ROK

§ 7

1. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza materiały informacyjne na następny okres rozliczeniowy do dnia 20 września danego okresu rozliczeniowego.
2. Oddział Funduszu przedstawia w terminie do dnia 30 września danego okresu rozliczeniowego propozycję kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy.
3. Ustalenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy dokonywane jest w terminie do dnia 30 listopada danego okresu rozliczeniowego.

4. W przypadku nie ustalenia kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy lub planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy, w terminie określonym w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego okresu rozliczeniowego. Oddział Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń-luty następnego okresu rozliczeniowego, na zasadach obowiązujących w grudniu danego okresu rozliczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 9

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PODPISY STRON

.....	.....
.....	.....
Świadczeniodawca	**Oddział Funduszu**

Wykaz załączników do umowy:

1) **Załącznik nr 1 do umowy –** Plan rzeczowo-finansowy;
2) **Załącznik nr 2 do umowy –** Wykaz osób udzielających świadczenia;
3) **Załącznik nr 3 do umowy –** Wykaz podwykonawców udzielających świadczenia na zlecenie Świadczeniodawcy.

załącznik nr 1 do umowy SZP

kod świadczeniodawcy | umowa nr: | nr pierwotny umowy:

ŚWIADCZENIODAWCA | OW NFZ

Plan rzeczowo-finansowy

rodzaj świadczeń: leczenie szpitalne
teleradioterapia, brachyterapia i terapia izotopowa

lp.	zakres świadczeń	kod zakresu świadczeń	w okresie rozliczeniowym od: …….. do …….		
			liczba jednostek rozliczeniowych	cena jedn. rozlicz. (zł)	wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy)					

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem zakresy

razem zakresy	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)
	styczeń		luty		marzec		kwiecień	
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych
- poszczególne zakresy (odrębnie dla każdego zakresu objętego umową)

kod zakresu	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)
	styczeń		luty		marzec		kwiecień	
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

(Pieczęć świadczeniodawcy)

załącznik nr 2 do umowy SZP - teleradioterapia, brachyterapia i terapia izotopowa

Wykaz osób udzielających świadczeń

Numer umowy …….. **Nazwa świadczeniodawcy ……**

Grupa zawodowa 1*: lekarze (2231)

System pracy 1: **system stały[1]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: **system zmianowy[2]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: **system dyżurowy[3]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 2: pielęgniarki (2241)

System pracy 1: system stały[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: system zmianowy[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 3: położne (2242)

System pracy 1: system stały[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: system zmianowy[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 4: psycholodzy i pokrewni (2244)

System pracy 1: **system stały**[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: **system zmianowy**[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: **system dyżurowy**[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 5: dietetycy i żywieniowcy (3214)

System pracy 1: **system stały[1]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: **system zmianowy[2]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: **system dyżurowy[3]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 6: fizjoterapeuci i pokrewni (3224)

System pracy 1: **system stały[1]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: **system zmianowy[2]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: **system dyżurowy[3]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy,	zawód/ specjalność**	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje ***	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 7: specjaliści ochrony zdrowia (z wyjątkiem pielęgniarek i położnych) gdzie indziej niesklasyfikowani (2239)

System pracy 1: system stały[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: system zmianowy[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 8: średni personel ochrony zdrowia gdzie indziej nie sklasyfikowany (3229)

System pracy 1: system stały[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)							liczba godzin tygodniowa	uwagi
											poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela		
											od do	od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*	*20*
1																			
2																			
3																			

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: system zmianowy[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek,	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

System pracy 3: system dyżurowy[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL osoby udzielającej świadczeń	numer prawa wykonywania zawodu (dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych)	zawód/ specjalność*	stopień specjalizacji/ dodatkowe kwalifikacje **	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*
1												
2												
3												

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

załącznik nr 3 do umowy SZP – teleradioterapia, brachyterapia i terapia izotopowa

Wykaz podwykonawców

lp.	nazwa podwykonawcy	przedmiot umowy	miejsce udzielania świadczeń	czas obowiązywania umowy
1	*2*	*3*	*4*	*5*
1				
2				
3				
4				
5				
6				

UMOWA Nr ...../.....
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- LECZENIE SZPITALNE
CHEMIOTERAPIA

zawarta w ....., dnia ..... roku, pomiędzy:
Narodowym Funduszem Zdrowia - ……..... **Oddziałem Wojewódzkim w** ..... z siedzibą: ..... (ADRES), reprezentowanym przez ……....., zwanym dalej **"Oddziałem Funduszu"**
a
..... , reprezentowanym przez ..... , zwanym dalej **"Świadczeniodawcą"**.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne (chemioterapia), zwanych dalej „świadczeniami", w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w ***"SZCZEGÓŁOWYCH MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU: LECZENIE SZPITALNE"***, wprowadzanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi".

3. Zmiana materiałów informacyjnych następuje nie częściej niż raz w roku z mocą obowiązującą od pierwszego dnia następnego okresu rozliczeniowego.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. zgodnie z materiałami informacyjnymi określonymi zarządzeniem nr .... Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia .....2006 r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie osób udzielających świadczeń", stanowiącym **załącznik nr 2** do umowy.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z „Harmonogramem pracy", stanowiącym **załącznik nr 3 do umowy**.
3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców", stanowiącym **załącznik nr 4** do umowy
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić bezpłatny dostęp do leków będących przedmiotem umowy, pacjentom zakwalifikowanym do leczenia w ramach określonego schematu chemioterapii.
5. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia, w okresie obowiązywania umowy, ciągłości udzielania świadczeń pacjentom leczonym chemioterapią.
6. Świadczeniodawca nabywa odpłatnie leki będące przedmiotem umowy.
7. Świadczenia są udzielane na warunkach określonych w schematach chemioterapii w Katalogu świadczeń onkologicznych - chemioterapia.
8. Świadczenia nie objęte umową, niezbędne do realizacji chemioterapii, rozliczane są na podstawie odrębnych umów, zawartych przez Świadczeniodawcę.

§ 3

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się, na okres obowiązywania umowy, do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, wskazanego w ust. 1 określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 197 poz.1643).
3. Minimalna suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 2, ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. wynosi maksymalnie ..... zł (słownie: ..... zł).
2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.
3. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń za okres sprawozdawczy równa jest iloczynowi ceny punktu i sumy punktów za podane/wydane pacjentowi leki, wykazane w sprawozdaniu sporządzonym według wzoru stanowiącego **załącznik nr 5** do umowy.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, kwota należności nie może przekroczyć maksymalnej kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy określonej w załączniku nr 1 do umowy pomniejszonej o środki na podwyżki, o których mowa w ust. 6.

5. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr ..... .

6. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera w sobie kwotę stanowiącą realizację art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076), w wysokości …… zł (słownie……zł), zwaną dalej „środkami na podwyżki".

7. Środki na podwyżki będą przekazywane w równych miesięcznych ratach w terminach do 5 dnia miesiąca, następującego po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy.

8. Świadczeniodawca wystawia faktury oddziałowi Funduszu z tytułu, o którym mowa w ust. 6, do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym nastąpi przekazanie raty środków na podwyżki.

KARY UMOWNE

§ 5

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 i 2, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 6

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia …..…….. do dnia …….....…….....r.

ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN UMÓW ZAWARTYCH NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ ROK

§ 7

1. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza materiały informacyjne na następny okres rozliczeniowy do dnia 20 września danego okresu rozliczeniowego.
2. Oddział Funduszu przedstawia w terminie do dnia 30 września danego okresu rozliczeniowego propozycję kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy.
3. Ustalenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy dokonywane jest w terminie do dnia 30 listopada danego okresu rozliczeniowego.
4. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy lub planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy, w terminie określonym w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego okresu rozliczeniowego. Oddział Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń-luty następnego okresu rozliczeniowego, na zasadach obowiązujących w grudniu danego okresu rozliczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy

powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 9

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PODPISY STRON

.....	.....
.....	.....
Świadczeniodawca	**Oddział Funduszu**

Wykaz załączników do umowy:

1) **Załącznik nr 1 do umowy –** Plan rzeczowo-finansowy;
2) **Załącznik nr 2 do umowy –**Wykaz osób personelu medycznego;
3) **Załącznik nr 3 do umowy –** Harmonogramy czasu pracy komórek organizacyjnych;
4) **Załącznik nr 4 do umowy –**Wykaz podwykonawców
5) **Załącznik nr 5 do umowy –** Załącznik sprawozdawczo- rozliczeniowy.

załącznik nr 1 do umowy SZP

kod świadczeniodawcy | umowa nr: | nr pierwotny umowy:

ŚWIADCZENIODAWCA | OW NFZ

Plan rzeczowo-finansowy

rodzaj świadczeń: leczenie szpitalne - chemioterapia

lp.	zakres świadczeń	kod zakresu świadczeń	w okresie rozliczeniowym od: …….. do …….		
			liczba jednostek rozliczeniowych	cena jedn. rozlicz. (zł)	wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy)					

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem zakresy

razem zakresy	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)
	styczeń		luty		marzec		kwiecień	
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych
- poszczególne zakresy (odrębnie dla każdego zakresu objetego umową)

kod zakresu	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)
	styczeń		luty		marzec		kwiecień	
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

(Pieczęć świadczeniodawcy)

załącznik nr 2 do umowy stanowiacej załącznik nr 2c do mat_inf_SZP chemioterapia

Wykaz osób udzielających świadczeń

Numer umowy …….. **Nazwa Świadczeniodawcy ……**

Grupa zawodowa 1* lekarze (2231)

System pracy 1: **system stały[1]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)						liczba godzin tygodniowa	uwagi
										poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota		
										od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*
1																	
2																	
3																	

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: **system zmianowy[2]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1											
2											
3											

System pracy 3: **system dyżurowy[3]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1											
2											
3											

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 2: pielęgniarki (2241)

System pracy 1: system stały[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)						liczba godzin tygodniowa	uwagi
										poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota		
										od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*
1																	
2																	
3																	

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: system zmianowy[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1											
2											
3											

System pracy 3: system dyżurowy[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1											
2											
3											

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 3:

System pracy 1: **system stały**[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)						liczba godzin tygodniowa	uwagi
										poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota		
										od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*
1																	
2																	
3																	

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: **system zmianowy**[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1											
2											
3											

System pracy 3: **system dyżurowy**[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1											
2											
3											

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

załacznik nr 3 do umowy stanowiącej załącznik nr 2c do mat_inf_SZP chemioterapia

HARMONOGRAM PRACY

(harmonogramy czasu pracy komórek organizacyjnych)

numer umowy:

godziny pracy

KOD komórki organizacyjnej	NAZWA komórki organizacyjnej - (wymienić zgodnie z zakresem obowiązującym w umowie)	ADRES komórki organizacyjnej - (wypełnić dla każdego miejsca udzielania świadczeń oddzielnie)		NUMER TELEFONU (obowiązkowo wpisać numer telefonu stacjonarnego)	poniedziałek		wtorek		środa		czwartek		piątek		tygodniowa liczba godzin pracy	informacje dodatkowe
		MIEJSCOWOŚĆ	ULICA numer domu i lokalu		od	do	od	do	od	do	od	do	od	do		

data sporządzenia:

pieczęć i podpis świadczeniodawcy:

załącznik nr 4 do umowy

stanowiącej załącznik nr 2c do mat_inf_SZP chemioterapia

Wykaz podwykonawców

lp.	nazwa podwykonawcy	przedmiot umowy	miejsce udzielania świadczeń	czas obowiązywania umowy
1	*2*	*3*	*4*	*5*
1				
2				
3				
4				
5				
6				

zał. nr 5 do umowy stanowiącej zał nr 2 c do mat.inf_SZP

Załącznik nr 5
Zakres informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych dla świadczeń z katalogu świadczeń onkologicznych - chemioterapia

1) kod oddziału wojewódzkiego
2) numer umowy Świadczeniodawcy
3) okres sprawozdawczy

Część I Ewidencja świadczeń

1) Nr Księgi Głównej /Księgi Poradni/
2) PESEL pacjenta
3) kod ICD 10
4) masa (lub powierzchnia ciała) pacjenta
5) kod kursu chemioterapii
6) data podania/ wydania leku
7) kod substancji czynnej (wg załącznika)
8) ilość zużytej substancji czynnej (wielokrotność lub część jednostki miary substancji czynnej)
9) waga punktowa jednostki miary substancji czynnej
10) wartość punktowa podanego leku (8x9).

Część II Ewidencja faktur

1) NIP sprzedającego
2) nr faktury

3) data wystawienia faktury
4) nazwa handlowa leku
5) postać farmaceutyczna leku
6) dawka leku w postaci farmaceutycznej
7) ilość fakturowanego leku (sztuki)
8) całkowita ilość fakturowanego leku (mg) (6x7)
9) całkowita wartość leku na fakturze [w zł]

Legenda:

lp.	kolejne liczby całkowite
kod oddziału wojewódzkiego	dolnośląski - "01" itd.
numer umowy Świadczeniodawcy	numer umowy nadany przez oddział wojewódzki NFZ
okres sprawozdawczy	okres sprawozdawczy luty 2007 r. powinien zostać zapisany jako luty 07

W części I dotyczącej ewidencji świadczeń

w pkt 1 "Nr Księgi Głównej /Księgi Poradni/" należy podać numer, pod którym świadczenie zostało wpisane do Księgi Głównej szpitala, Księgi Poradni
w pkt 2 "PESEL pacjenta" jedenastoznakowa liczba specjalna
w pkt 4 - "masa (lub powierzchnia ciała) pacjenta należy podać masą lub powierzchnię ciała stosownie do dawkowania przyjętego w schemacie

W Części II dotyczącej ewidencji faktur:

w pkt 3 - data wystawienia faktury" należy podać datę w układzie rrrr-mm-dz
w pkt 4 - "nazwa handlowa leku" należy podać wyłącznie nazwę handlową leku (bez postaci i dawki) zgodnie z Rejestrem Produktów Leczniczych Dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Nie należy podawać nazwy międzynarodowej substancji czynnej
w kolumnie 6 - "postać farmaceutyczna leku" należy podać wyłącznie postać leku, nie podawać dawki leku

w pkt 6 - "dawka leku w postaci farmaceutycznej" - należy podać dawkę leku zgodną z Rejestrem Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
w pkt 7 -" ilość fakturowanego leku" - należy podać wyłącznie ilość fakturowanego leku w postaci leku - np. 1, 10,100 nie wpisywać "szt, tabl. fiol"etc.
w pkt 8 - "całkowita ilość fakturowanego leku (mg)"- należy podać wyłącznie wartość (bez wpisywania mg)
w pkt 9 - "całkowita wartość leku na fakturze" należy podać wartość w zł (bez wpisywania symbolu waluty)

UMOWA Nr ...../.....

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

- LECZENIE SZPITALNE

PROGRAMY TERAPEUTYCZNE (LEKOWE)

zawarta w ....., dnia ..... roku, pomiędzy:
Narodowym Funduszem Zdrowia - ……..... **Oddziałem Wojewódzkim w** ..... z siedzibą: ..... (ADRES), reprezentowanym przez ……....., zwanym dalej **"Oddziałem Funduszu"**
a
..... , reprezentowanym przez ..... , zwanym dalej **"Świadczeniodawcą"**.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne (programy terapeutyczne (lekowe)), zwanych dalej „świadczeniami", w zakresach określonych w **załączniku nr 1** do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w ***"SZCZEGÓŁOWYCH MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ O REALIZACJI I FINANSOWANIU UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ***

W RODZAJU: LECZENIE SZPITALNE”, wprowadzanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia, zwanych dalej „materiałami informacyjnymi”.
3. Zmiana materiałów informacyjnych następuje nie częściej niż raz w roku z mocą obowiązującą od pierwszego dnia następnego okresu rozliczeniowego.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. zgodnie z materiałami informacyjnymi określonymi zarządzeniem nr .... Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia .....2006 r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w „Wykazie osób udzielających świadczeń”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.
2. Świadczenia w poszczególnych zakresach są udzielane zgodnie z „Harmonogramem pracy”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.
3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 4 do umowy
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest zapewnić bezpłatny dostęp do leków będących przedmiotem umowy, pacjentom zakwalifikowanym do leczenia w ramach określonego programu.

§ 3

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się, na okres obowiązywania umowy, do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, wskazanego w ust. 1 określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 197 poz.1643).
3. Minimalna suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 2, ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń, w tym zakażenia wirusem HIV i wirusami hepatotropowymi powodującymi WZW.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. wynosi maksymalnie ..... zł (słownie: ..... zł).
2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.
3. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń za okres sprawozdawczy równa jest iloczynowi ceny punktu i sumy punktów za podane/wydane pacjentowi leki, wykazane w sprawozdaniu sporządzonym według wzoru stanowiącego **załącznik nr 5** do umowy.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, kwota należności nie może przekroczyć maksymalnej kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy określonej w **załączniku nr 1 do** umowy.

5. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr ..... .

6. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera w sobie kwotę stanowiącą realizację art. 3 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076), w wysokości …… zł (słownie……zł), zwaną dalej „środkami na podwyżki".

7. Środki na podwyżki będą przekazywane w równych miesięcznych ratach w terminach do 5 dnia miesiąca, następującego po zakończeniu każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy.

8. Świadczeniodawca wystawia faktury oddziałowi Funduszu z tytułu, o którym mowa w ust. 6, do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc w którym nastąpi przekazanie raty środków na podwyżki.

KARY UMOWNE

§ 5

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 i 2, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 6

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia ….....….. do dnia …….....…….....r.

ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN UMÓW ZAWARTYCH NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ ROK

§ 7

1. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza materiały informacyjne na następny okres rozliczeniowy do dnia 20 września danego okresu rozliczeniowego.
2. Oddział Funduszu przedstawia w terminie do dnia 30 września danego okresu rozliczeniowego propozycję kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy.
3. Ustalenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy i planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy dokonywane jest w terminie do dnia 30 listopada danego okresu rozliczeniowego.
4. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy lub planu rzeczowo-finansowego na następny okres rozliczeniowy, w terminie określonym w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego okresu rozliczeniowego. Oddział Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń-luty następnego okresu rozliczeniowego, na zasadach obowiązujących w grudniu danego okresu rozliczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 9

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PODPISY STRON

.....	.....
.....	.....
Świadczeniodawca	**Oddział Funduszu**

Wykaz załączników do umowy:

1) **Załącznik nr 1 do umowy –** Plan rzeczowo-finansowy;
2) **Załącznik nr 2 do umowy –** Wykaz osób personelu medycznego;
3) **Załącznik nr 3 do umowy –** Harmonogramy czasu pracy komórek organizacyjnych;
4) **Załącznik nr 4 do umowy –** Wykaz podwykonawców**,**
5) **Załącznik nr 5 do umowy –** załącznik sprawozdawczo- rozliczeniowy.

załącznik nr 1 do umowy SZP

kod świadczeniodawcy | umowa nr: | nr pierwotny umowy:

ŚWIADCZENIODAWCA | OW NFZ

Plan rzeczowo-finansowy

rodzaj świadczeń: leczenie szpitalne - programy terapeutyczne (lekowe)

lp.	zakres świadczeń	kod zakresu świadczeń	w okresie rozliczeniowym od: …….. do …….		
			liczba jednostek rozliczeniowych	cena jedn. rozlicz. (zł)	wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy)					

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem zakresy

razem zakresy	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)	okres sprawozd.	wartość (zł)
	styczeń		luty		marzec		kwiecień	
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych
- poszczególne zakresy (odrębnie dla każdego zakresu objetego umową)

kod zakresu	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)	liczba jedn. rozlicz.	wartość (zł)
	styczeń		luty		marzec		kwiecień	
	maj		czerwiec		lipiec		sierpień	
	wrzesień		październik		listopad		grudzień	

(Pieczęć świadczeniodawcy)

załącznik nr 2 do umowy stanowiącej załacznik nr 2d do mat_inf_SZP programy terapeutyczne (lekowe)

Wykaz osób udzielających świadczeń

Numer umowy …….. **Nazwa Świadczeniodawcy ……**

Grupa zawodowa 1* lekarze (2231)

System pracy 1: **system stały[1]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)						liczba godzin tygodniowa	uwagi
										poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota		
										od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*
1																	
2																	
3																	

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: **system zmianowy[2]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1											
2											
3											

System pracy 3: **system dyżurowy[3]**

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1											
2											
3											

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy takiego pracownika wykazać wyłącznie w systemie pracy stałym)

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 2: pielęgniarki (2241)

System pracy 1: system stały[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)						liczba godzin tygodniowa	uwagi
										poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota		
										od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*
1																	
2																	
3																	

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: system zmianowy[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1											
2											
3											

System pracy 3: system dyżurowy[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej świadczeń	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1											
2											
3											

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

Grupa zawodowa* 3:

System pracy 1: **system stały**[1]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	czas pracy (dni i godziny)						liczba godzin tygodniowa	uwagi
										poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota		
										od do	od do	od do	od do	od do	od do		
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*
1																	
2																	
3																	

** grupy zawodowe wg słownika*

*** kwalifikacje zgodne z wymaganiami zawartymi w szczegółowych materiałach informacyjnych dla danego rodzaju świadczeń*

System pracy 2: **system zmianowy**[2]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1											
2											
3											

System pracy 3: **system dyżurowy**[3]

lp.	kod komórki organizacyjnej	nazwa komórki organizacyjnej	kod zakresu świadczeń	nazwa zakresu świadczeń	imię i nazwisko osoby udzielającej	PESEL	numer prawa wykonywania zawodu	kwalifikacje**	adres miejsca udzielania świadczeń	średnia liczba godzin tygodniowa	uwagi
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*
1											
2											
3											

[1] **system stały -** wykazywany jest dla pracowników, którzy pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu - jeśli pracownik pracuje w systemie stałym i dodatkowo pełni dyżury to należy

[2] **system zmianowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy nie pracują wg stałego cotygodniowego harmonogramu

[3] **system dyżurowy -** wykazywany jest dla pracowników, którzy u danego świadczeniodawcy pełnią **wyłącznie** dyżury)

załacznik nr 3 do umowy stanowiacej załacznik nr 2d do mat_inf_SZP prograny terapeutyczne (lekowe)

HARMONOGRAM PRACY

(harmonogramy czasu pracy komórek organizacyjnych)

numer umowy:

godziny pracy

KOD komórki organizacyjnej	NAZWA komórki organizacyjnej - (wymienić zgodnie z zakresem obowiązującym w umowie)	ADRES komórki organizacyjnej - (wypełnić dla każdego miejsca udzielania świadczeń oddzielnie)		NUMER TELEFONU (obowiązkowo wpisać numer telefonu stacjonarnego)	poniedziałek		wtorek		środa		czwartek		piątek		tygodniowa liczba godzin pracy	informacje dodatkowe
		MIEJSCOWOŚĆ	ULICA numer domu i lokalu		od	do	od	do	od	do	od	do	od	do		

data sporządzenia:

pieczęć i podpis świadczeniodawcy:

załącznik nr 4 do umowy stanowiącej załącznik nr 2d do mat_inf_SZP programy terapeutyczne (lekowe)

Wykaz podwykonawców

lp.	nazwa podwykonawcy	przedmiot umowy	miejsce udzielania świadczeń	czas obowiązywania umowy
1	*2*	*3*	*4*	*5*
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Załącznik Nr 5
Zakres informacji sprawozdawczo- rozliczeniowych dla świadczeń opieki zdrowotne z katalogu programów terapeutycznych (lekowych)

1) kod oddziału wojewódzkiego
2) numer umowy Świadczeniodawcy
3) kod programu (terapeutycznego) lekowego
4) okres sprawozdawczy

Część I Ewidencja świadczeń

1) nr Księgi Głównej /Księgi Poradni/
2) PESEL pacjenta
3) kod ICD 10
4) masa (lub powierzchnia ciała) pacjenta
5) data podania/ wydania leku
6) kod substancji czynnej (wg załącznika)
7) ilość zużytej substancji czynnej (wielokrotność lub część jednostki miary substancji czynnej)
8) waga punktowa postaci substancji czynnej
9) wartość punktowa podanego leku (7x8)

Część II Ewidencja faktur

1) NIP sprzedającego
2) nr faktury
3) data wystawienia faktury

4) nazwa handlowa leku
5) postać farmaceutyczna leku
6) dawka leku w postaci farmaceutycznej
7) ilość fakturowanego leku (sztuki)
8) całkowita ilość fakturowanego leku (mg) (6x7)
9) całkowita wartość leku na fakturze [w zł]

Legenda:

lp.	kolejne liczby całkowite
kod oddziału wojewódzkiego	dolnośląski - "01" itd.
numer umowy Świadczeniodawcy	numer umowy nadany przez oddział wojewódzki NFZ
kod programu	kod zgodny z kodem w katalogu programów terapeutycznych (lekowych)
okres sprawozdawczy	okres sprawozdawczy luty 2007 r. powinien zostać zapisany jako luty 07

W części I dotyczącej ewidencji świadczeń

w pkt 1 "Nr Księgi Głównej /Księgi Poradni/" należy podać numer, pod którym świadczenie zostało wpisane do Księgi Głównej szpitala, Księgi Poradni lub Księgi Programu
w pkt 2 "PESEL pacjenta" jedenastoznakowa liczba specjalna
w pkt 4 - "masa (lub powierzchnia ciała) pacjanta należy podać masą lub powierzchnię ciała stosownie do dawkowania przyjętego w opisie programu

W części II dotyczącej ewidencji faktur:

w pkt 3 - data wystawienia faktury" należy podac datę w formacie rrrr-mm-dz
w pkt 4- "nazwa handlowa leku" należy podać wyłącznie nazwę handlową leku (bez postaci i dawki) zgodnie z Rejestrem Produktów Leczniczych Dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Nie należy podawać nazwy miedzynarodowej substancji czynnej
w pkt 5 - "postać farmaceutyczna leku" należy podać wyłącznie postac leku, nie podawać dawki leku

w pkt 6 - "dawka leku w postaci farmaceutycznej" - należy podac dawkę leku zgodną z Rejestrem Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
w pkt 7 -" ilość fakturowanego leku" - należy podać wyłacznie ilość fakturowanego leku w postaci leku - np. 1, 10,100 nie wpisywac "szt, tabl. fiol"etc.
w pkt 8 - "całkowita ilość fakturowanego leku (mg)"- należy podać wyłącznie wartość (bez wpisywania mg)
w pkt 9 - "całkowita wartość leku na fakturze" należy podać wartość w zł (bez wpisywania symbolu waluty)

1. WARUNKI WSPÓLNE WOBEC ŚWIADCZENIODAWCÓW (nie dotyczy SOR)	
1.1 Warunki podstawowe	
1.1.1 wymagania formalne	1) uwzględnienie oddziału w statucie zakładu opieki zdrowotnej, 2) profil komórki organizacyjnej wskazany w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej (dział III, rubryka 7), zgodny z zakresem świadczeń bedących przedmiotem kontraktowania (termin ważności powinien dotyczyć okresu objetego umową), 3) pozytywna opinia właściwego organu sanitarno-epidemiologicznego potwierdzająca spełnienie wymagań fachowych i sanitarnych: (termin ważności powinien dotyczyć okresu objętego umową) lub opinia warunkowa wydana na podstawie programu dostosowawczego
1.1.2 wymagane - dostęp do badań diagnostycznych	1) laboratoryjnych, 2) mikrobiologicznych, 3) tomografii komputerowej, 4) rezonansu magnetycznego, 5) RTG, 6) USG, 7) endoskopowych
1.1.3 rankingujące - dostęp do badań diagnostycznych	dostęp do badań diagnostycznych, o których mowa w pkt 1.1.2 w obiekcie
1.2 Warunki dotyczące personelu	
1.2.1 wymagane - ordynator oddziału/ zastępca ordynatora/ kierownik zakładu (oddziału, działu, odcinka) leczenia w trybie jednodniowym	lekarz: 1) specjalista w odpowiedniej dziedzinie medycyny, 2) 8 lat pracy w zawodzie (rozp. Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. (Dz.U. Nr 44, poz. 520), rozp. Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 1999 r. (Dz. U. Nr 30, poz. 300)) - nie dotyczy w przypadku kontraktowania przez oddziały kolejnego zakresu
1.2.2 pozostali lekarze - wymagane	w przypadku kontraktowania przez oddział szpitalny kolejnego zakresu, łączna liczba specjalistów w odpowiednim zakresie nie może być mniejsza niż równoważnik dwóch etatów, w przypadku: neurochirurgii, kardiochirurgii i chirurgii naczyniowej - nie mniej niż równoważnik trzech etatów
1.2.3 pielęgniarka/ położna oddziałowa, zastępczyni pielęgniarki/ położnej oddziałowej - wymagane	1) średnie medyczne i specjalizacja oraz 5 lat pracy w opiece stacjonarnej, lub 2) średnie medyczne i kurs kwalifikacyjny oraz 7 lat w opiece stacjonarnej - w pełnym wymiarze czasu pracy (rozp. Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 1999 r. (Dz. U. Nr 30, poz. 300))
1.2.4 pielęgniarka/ położna oddziałowa, zastępczyni pielęgniarki/ położnej oddziałowej - rankingujące	wyższe i co najmniej 3 lata pracy w opiece stacjonarnej
1.2.5 pielęgniarki/położne - rankingujące	1) powyżej 20% z wykształceniem wyższym i co najmniej 3 lata pracy w opiece stacjonarnej
1.3 Warunki dotyczące pomieszczeń	
1.3.1 wymagane	
1.3.2 rankingujące	1) pokoje łóżkowe pobytu stałego przeznaczone dla nie więcej niż 5 pacjentów 2) w pokojach pacjentów łóżka dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, odstępy między łóżkami wynoszą co najmniej 70 cm, a od ściany co najmniej 80 cm 3) każdy pokój łóżkowy, nie mający łazienki, wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, 4) podłogi wykonane z materiałów trwałych o powierzchniach gładkich, antypoślizgowych, zmywalnych, nienasiąkliwych i odpornych na działanie środków myjąco-dezynfekcyjnych a ściany pomieszczeń zmywalne do wysokości 2,05 m (nie dotyczy działów administracyjno-socjalnych) 5) budynki dostępne dla pacjentów, posiadające więcej niż jedną kondygnację, wyposażone w co najmniej jeden dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach i łóżkach albo lokalizacja na parterze 6) rezerwowe źródło zasilania w energię elektryczną – agregat prądotwórczy wyposażony w funkcję autostartu, zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej oraz zasilacze bezprzerwowe (UPS) z odpowiednim podtrzymaniem zasilania 7) podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5% 8) na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych
1.4. Inne warunki	
1.4.1 inne warunki - wymagane	
1.4.2 inne warunki - rankingujące	1) posiadanie certyfikatu ISO w zakresie usług medycznych 2) posiadanie certyfikatu CMJ - certyfikaty ważne w dniu złożenia oferty

1.5 Szczególne warunki dotyczące zakładu/ oddziału (działu, odcinka) leczenia w trybie jednodniowym	
1.5.1 organizacja udzielania świadczeń - wymagane	1) samodzielny zakład opieki zdrowotnej lub wyodrębniona w statucie zakładu komórka organizacyjna udzielająca świadczeń w trybie jednodniowym 2) zapewnienie możliwości przeniesienia chorego do właściwego oddziału szpitalnego w sytuacjach wymagających hospitalizacji, potwierdzone stosownym porozumieniem między zakładami (w przypadku odrębnych zakładów) 3) wymóg dotyczący całodobowego dyżuru lekarskiego w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia oraz liczebności obsady lekarskiej nie dotyczy oddziałów udzielajacych świadczeń wyłącznie w trybie jednodniowym.
1.5.2 pozostali lekarze - wymagane	1) lekarz specjalista w dziedzinie właściwej do rodzaju udzielanych świadczeń (w tym ordynator), 2) w przypadku prowadzenia znieczulenia ogólnego lub przewodowego do zabiegów w trybie jedniodniowym lekarz specjalista w anestezjologii i intensywnej terapii lub lekarz w trakcie specjalizacji w anestezjologii i intensywnej terapii, bezpośrednio nadzorowany przez specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
1.5.3 pielęgniarki - wymagane	pielęgniarka anestezjologiczna posiadająca zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii - w przypadku prowadzenia znieczulenia ogólnego lub przewodowego do zabiegów w trybie jednodniowym
1.5.4 wymagania dotyczące pomieszczeń	- poczekalnia z szatnią dla pacjentów i osób towarzyszących; 1. wykonywanie procedur określanych jako zabiegowe lub z zakresu diagnostyki inwazyjnej: - blok operacyjny i/lub salę operacyjną i/lub salę zabiegową wyposażoną zgodnie z profilem wykonywanych zabiegów
1.5.5 warunki dotyczące sprzętu, aparatury medycznej i badań diagnostycznych - wymagane	1. wykonywanie procedur określanych jako zabiegowe - warunki wspólne: a) aparat do znieczulenia z kardiomonitorem, b) pulsoksymetr, c) ssak mechaniczny, d) defibrylator, - stanowisko nadzoru w sali wybudzeniowej/obserwacyjnej wyposażone w: a) źródło tlenu, powietrza i próżni; b) aparat do pomiaru ciśnienia krwi; c) monitor EKG; d) pulsoksymetr; A. ginekologia - USG w obiekcie B. okulistyka - w obiekcie: 1) USG, 2) mikroskop operacyjny, 3) komputerowe badanie wzroku C. dermatologia - lampa PUVA w obiekcie D. alergologia - w miejscu udzielania świadczeń: 1) zestaw do punktowych testów skórnych, 2) spirometr, 3) nebulizator, 4) pickflometr E. ortopedia i traumatologia narządu ruchu - artroskop diagnostyczno- terapeutyczny w miejscu udzielania świadczeń F. gastroenterologia - w miejscu udzielania świadczeń: 1) endoskopia pp 2) USG jamy brzusznej z odpowiednimi sondami G. pulmonologia (choroby płuc) - w miejscu udzielania świadczeń 1) spirometr 2) bronchofiberoskop H. urologia - 1) cystoskop w miejscu udzielania świadczeń 2) zestaw do zabiegów przezcewkowych (TURP, TURB, URS) w obiekcie I. audiologia i foniatria - kompleksowa diagnostyka audiologiczna w obiekcie
1.5.6 warunki dotyczące sprzętu, aparatury medycznej i badań diagnostycznych - rankingujące	A. okulistyka: 1) fakoemulsyfikator, 2) GDX lub HRT, 3) laser okulistyczny (argonowy, NdYAG, diodowy), 4) możliwość badań hist.-pat. śródoperacyjnych. B. dermatologia: 1) laser, 2) krioterapia miejscowa. C. alergologia: 1) bronchofiberoskop D. gastroenterologia: 1) pH metria, 2) manometria pp. E. urologia: 1) zestaw do PCNL, 2) ureteroskop, 3) możliwośc badania urodynamicznego F. chirurgia onkologiczna: 1) laparoskop. G. audiologia i foniatria: 1) zestaw do mikrolaryngoskopii, 2) laser CO_2. - w obiekcie
1.5.7 inne warunki - rankingujące	1) posiadanie certyfikatu ISO w zakresie usług medycznych 2) posiadanie certyfikatu CMJ - certyfikaty ważne w dniu złożenia oferty

2. Choroby wewnętrzne	
2.1 Warunki dotyczące personelu	
2.1.1 pozostali lekarze - wymagane	równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora)
2.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie: chorób wewnętrznych (lub innej specjalizacji niezabiegowej)
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
2.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia (może być łączony z innymi oddziałami o tym samym lub podobnym profilu)
2.2.2 rankingujące	sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniarskim
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
2.3.1 wymagane	1) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia - stacjonarny - na terenie oddziału 2) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia - mobilny (holter) 3) całodobowy dostęp do USG 4) EKG 12-odprowadzeniowe
2.3.2 rankingujące	wyposażenie: 1) gastrofiberoskop, kolonoskop, rektoskop w oddziale, 2) RTG naczyniowe w obiekcie, dostęp do badań: 1) pracownia scyntygraficzna w obiekcie
3. Chirurgia ogólna	
3.1 Warunki dotyczące personelu	
3.1.1 pozostali lekarze - wymagane	równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora)
3.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie: chirurgii ogólnej i podspecjalizacje (bez ordynatora i zastępcy ordynatora)
3.2 Organizacja udzielania świadczeń	
3.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia (może być łączony z innymi oddziałami o tym samym lub podobnym profilu)
3.2.2 rankingujące	sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgnacyjnym
3.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
3.3.1 wymagane	1) całodobowy dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej w obiekcie 2) gabinet zabiegowy w oddziale
3.3.2 rankingujące	wyposażenie: 1) RTG naczyniowe w obiekcie dostęp do badań: 1) możliwość badań hist.-pat. śródoperacyjnych w obiekcie
3.4 Inne warunki	
3.4.1 wymagane	wydzielona sala nadzoru pooperacyjnego w oddziale
3.4.2 rankingujące	
3.4 Inne warunki	
3.4.1 wymagane	
3.4.2 rankingujące	
4. Choroby dziecięce	
4.1 Warunki dotyczące personelu	
4.1.1 pozostali lekarze - wymagane	równoważnik, co najmniej 1 etatu (bez ordynatora)
4.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie: chorób dziecięcych lub neonatologii
4.1.3 pozostały personel - rankingujące	psycholog kliniczny
4.2 Organizacja udzielania świadczeń	
4.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia (może być łączony z innymi oddziałami o tym samym lub podobnym profilu)
4.2.2 rankingujące	
4.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
4.3.1 wymagane	aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia - w obiekcie
4.3.2 rankingujące	
4.4 Inne warunki	
4.4.1 wymagane	
4.4.2 rankingujące	co najmniej 10% łóżek umieszczonych w separatkach.

5. Położnictwo i ginekologia	
5.1 Warunki dotyczące personelu	
5.1.1 pozostali lekarze - wymagane	równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym co najmniej 1 specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii;
5.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	
5.2 Organizacja udzielania świadczeń	
5.2.1 wymagane	- wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia; - całodobowy dostęp do diagnostyki: laboratoryjnej i mikrobiologicznej w obiekcie; - stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii - stała dostępność anestezjologa; - wyodrębniona sala do cięć cesarskich***
5.2.2 rankingujące	- dostępność znieczulenia śródporodowego*/ **, - dwóch lekarzy dyżurnych* albo trzech lekarzy dyżurnych**; - oddział neonatologiczny zgodny z poziomem referencyjnym w obiekcie*/**; - odrębna sala operacyjna dla potrzeb położniczych**, - możliwość wykonywania więcej niż jednego cięcia cesarskiego jednoczasowo**, - w systemie "matka z dzieckiem" sale wyposażone w urządzenia umożliwiające mycie i pielęgnację niemowląt, - sala wzmożonego nadzoru z wydzieloną opieką pielęgniarską lub położniczą*/ **
5.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
5.3.1 wymagane	- ciągły monitoring przed- i śródporodowo KTG***; - dostęp do USG w obiekcie;
5.3.2 rankingujące	- możliwość badania śródoperacyjnego*/ **, - dostępność laparoskopii i histeroskopii w obiekcie*/ **, - dostęp do USG w miejscu udzielania świadczeń*/ **, - echokardiograf lub usg z opcją kolorowego Dopplera (stały dostęp w obiekcie)**; - sala endoskopowa wyposażona w laparoskop, histeroskop, również operacyjny**; - pulsoksymetria lub EKG płodu lub komputerowa analiza KTG (kompleksowy system nadzoru okołoporodowego)**; - możliwość badania popłodu**; - możliwość gazometrii krwi pępowinowej**; - możliwość diagnostyki prenatalnej**; - możliwość badań cytogenetycznych**
5.4 Inne warunki	
5.4.1 wymagane	wydzielona sala nadzoru pooperacyjnego w oddziale
5.4.2 rankingujące	
Uwagi:	* konieczne dla rozliczenia świadczeń, dla których określono warunki drugiego poziomu referencyjnego; ** konieczne dla rozliczenia świadczeń, dla których określono warunki trzeciego poziomu referencyjnego; *** nie dotyczy świadczeniodawców wykonujących wyłącznie świadczenia ginekologiczne
6. Okulistyka	
6.1 Warunki dotyczące personelu	
6.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista w dziedzinie okulistyki
6.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie okulistyki
6.2 Organizacja udzielania świadczeń	
6.2.1 wymagane	
6.2.2 rankingujące	
6.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
6.3.1 wymagane	1) USG 2) mikroskop operacyjny, 3) dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej w obiekcie 4) gabinet zabiegowy w oddziale 5) komputerowe badanie wzroku
6.3.2 rankingujące	wyposażenie: 1) fakoemulsyfikator 2) laser okulistyczny (argonowy, NdYAG, diodowy), dostęp do badań: 1) możliwość badań hist.-pat. śródoperacyjnych 2) GDX lub HRT
6.4 Inne warunki	
6.4.1 wymagane	
6.4.2 rankingujące	

7. Choroby zakaźne	
7.1 Warunki dotyczące personelu	
7.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etaty (bez ordynatora), w tym 2) specjalista chorób zakaźnych
7.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	
7.2 Organizacja udzielania świadczeń	
7.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia
7.2.2 rankingujące	
7.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
7.3.1 wymagane	dostęp do pracowni: 1) immunologicznej, 2) parazytologicznej, 3) biochemicznej, 4) mikrobiologicznej
7.3.2 rankingujące	dostęp do badań: dostęp do pracowni technik molekularnych (PCR)
7.4 Inne warunki	
7.4.1 wymagane	1) co najmniej 10% łóżek umieszczonych w izolatkach, 2) własny dział/ izba przyjęć, 3) w przypadku usytuowania oddziału w cześci budynku szpitalnego - oddzielenie dróg komunikacji, zapewnienie izolacji od pozostałej cześci oraz bezpośredni dostęp z zewnątrz.
7.4.2 rankingujące	
8. Dermatologia i wenerologia	
8.1 Warunki dotyczące personelu	
8.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista w dziedzinie dermatologii i wenerologii
8.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie dermatologii i wenerologii
8.2 Organizacja udzielania świadczeń	
8.2.1 wymagane	
8.2.2 rankingujące	
8.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
8.3.1 wymagane	1) lampa PUVA, 2) gabinet zabiegowy - w oddziale
8.3.2 rankingujące	wyposażenie: 1) laser zabiegowy w oddziale, 2) krioterapia miejscowa dostęp do badań: 1) dostęp do pracowni immunopatologii
8.4 Inne warunki	
8.4.1 wymagane	izolatka w oddziale
8.4.2 rankingujące	
9. Otorynolaryngologia	
9.1 Warunki dotyczące personelu	
9.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista otorynolaryngologii
9.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie: otorynolaryngologii lub audiologii lub foniatriii lub audiologii i foniatrii
9.2 Organizacja udzielania świadczeń	
9.2.1 wymagane	
9.2.2 rankingujące	1) wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia (może być łączony z innymi oddziałami o tym samym lub podobnym profilu) 2) sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniarskim
9.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
9.3.1 wymagane	1) możliwość wykonania audiogramu, 2) dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej w obiekcie 3) gabinet zabiegowy w oddziale 4) dostęp do endoskopii otolaryngologicznej diagnostycznej i zabiegowej w obiekcie
9.3.2 rankingujące	dostęp do badań: 1) możliwość badań hist.-pat. śródoperacyjnych
9.4 Inne warunki	

9.4.1 wymagane	w przypadku wykonywania wszczepiania implantów ślimakowych: 1) doświadczenie w mikrochirurgii usznej (co najmniej 20 operacji strzemiączka w leczeniu otosklerozy rocznie oraz co najmniej 20 operacji tympanoplastycznych rocznie) lub operator wykonujący w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie mniej niż 40 zabiegów mikrochirurgii usznej 2) pracownia badań słuchu zawierająca urządzenie do rejestracji otoemisji akustycznej, audiometrii impedancyjnej, audiiometrii odpowiedzi elektrycznych (BERA), audiomterii tonalnej z możliwością wykonania w wolnym polu słuchowym - wykonywanie co najmniej 50 badań rocznie
9.4.2 rankingujące	

10. Alergologia	
10.1 Warunki dotyczące personelu	
10.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 1 etatu (bez ordynatora), w tym 2) specjalista w dziedzinie alergologii
10.1.2 pozostali lekarze rankingujące	specjalista w dziedzinie: alergologii, chorób płuc lub chorób wewnętrznych
10.2 Organizacja udzielania świadczeń	
10.4.1 wymagane	
10.4.2 rankingujące	
10.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
10.3.1 wymagane	1) zestaw do punktowych testów skórnych, 2) spirometr, 3) zestawy do płatkowych testów skórnych, 4) zestaw do prowokacji pokarmowej i wziewnej, 5) nebulizator, 6) pickflometr - w oddziale
10.3.2 rankingujące	wyposażenie: 1) bronchofiberoskop w obiekcie
10.4 Inne warunki	
10.4.1 wymagane	
10.4.2 rankingujące	

11. Neurologia	
11.1 Warunki dotyczące personelu	
11.1.1 pozostali lekarze - wymagane	A) dla oddziału neurologii: 1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista w dziedzinie neurologii B) dla oddziału/ pododdziału leczenia udarów mózgu: 1) równoważnik, co najmniej 4 etatów, w tym specjalista w dziedzinie neurologii, 2) anestezjolog dostępny przez całą dobę, 3) neurochirurg oraz kardiolog dostępny przez całą dobę, 4) chirurg naczyniowy (możliwość szybkiej konsultacji), 6) stały konsultant internista lub 7) stały konsultant specjalista rehabilitacji.
11.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	A) dla oddziału neurologii: specjalista w dziedzinie neurologii B) dla oddziału/ pododdziału leczenia udarów mózgu: równoważnik, co najmniej 5 etatów, w tym dwóch specjalistów w dziedzinie neurologii
11.1.3 pozostały personel - wymagane	B) dla oddziału/ pododdziału leczenia udarów mózgu: 1) terapeuta funkcji językowych i innych zaburzeń poznawczych (neuropsycholog, psycholog lub logopeda), 2) 10-12 pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym, 3) 4 – 5 fizjoterapeutów, 4) 4 sanitariuszy w systemie zmianowym, 5) pracownik opieki socjalnej (możliwość kontaktu)
11.1.4 pozostały personel - rankingujące	
11.2 Organizacja udzielania świadczeń	
11.2.1 wymagane	A) dla oddziału neurologii: wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia B) dla oddziału/ pododdziału leczenia udarów mózgu: 1) wyodrębniona strukturalnie jednostka szpitalna przeznaczona do kompleksowego leczenia chorych w ostrej fazie udaru mózgu (może stanowić część innego oddziału najlepiej neurologicznego) 2) sale Intensywnego Nadzoru Udaru Mózgu: 4 – 6 łóżek wyposażonych w aparaturę monitorującą podstawowe funkcje życiowe (kardiomonitory, pulsoksymetry) i sprzęt wspomagający w intensywnej terapii (respirator, ssaki, pompy infuzyjne) - przeznaczone dla krótkiego (1-3 dni) pobytu chorych w ciągu pierwszych dni udaru 3) sale dla chorych z udarem mózgu w fazie „podostrej": 12 – 16 łóżek przeznaczonych dla kontynuowania leczenia (łóżka niemonitorowane + łóżka rehabilitacyjne (wczesna rehabilitacja udarowa) - pobyt średnio 10-21 dni 4) wyodrębniony dyżur lekarski we wszystkie dni tygodnia 5) całodobowy dostęp do: a) tomografii komputerowej (badania wykonywane bezpośrednio z SOR lub IP), b) laboratorium diagnostycznego umożliwiające wykonanie następujących badań bezpośrednio po przyjęciu chorego do szpitala:: - pełna morfologia, - liczba płytek krwi, - czas protrombinowy, - INR, - PTT, - elektrolity, - glukoza, - CRP, - OB, - gazometria, - aminotransferazy, - kreatynina, - mocznik c) EKG, 6) USG metodą Dopplera tętnic zewnątrz i wewnątrzczaszkowych możliwe do wykonania w ciągu pierwszej doby hospitalizacji - w obiekcie
11.2.2 rankingujące	1) w strukturze oddziału wydzielone łóżka/ pododdział rehabilitacji neurologicznej lub 2) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z oddziałem/oddziałem dziennym rehabilitacji neurologicznej, w ramach kontynuacji leczenia
11.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
11.3.1 wymagane	A) dla oddziału neurologii: 1) monitorowanie istotnych czynności życiowych w trybie ciągłym (akcja serca, RR, pulsoksymetria) - w oddziale, 2) EEG - w obiekcie, B) dla oddziału/ pododdziału leczenia udarów mózgu: 1) 24 godzinne badanie EKG met. Holtera oraz 24 godzinne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi, 2) nie mniej niż 4 kardiomonitory, 3) echokardiografia przezklatkowa dostępna w obiekcie. Kontrola prowadzonych badań i interwencji terapeutycznych: 1) karta obserwacji chorego (łóżka intensywnego nadzoru co 4 godziny, w salach bez monitorowania co 6 godzin), 2) ocena stanu neurologicznego wg. skali np. Skandynawska Skala Udaru), 3) karta działań pielęgniarskich
11.3.2 rankingujące	A) dla oddziału neurologii: 1) dostęp do badań EMG w obiekcie
11.4 Inne warunki	
11.4.1 wymagane	

11.4.2 rankingujące	A) dla oddziału neurologii: 1) sala intensywnego nadzoru w oddziale

12. Toksykologia	
12.1 Warunki dotyczące personelu	
12.1.1 pozostali lekarze - wymagane	równoważnik, co najmniej 2 etatów (w tym ordynator)
12.1.2 pozostali lekarze rankingujące	specjalista w dziedzinie toksykologii klinicznej
12.2 Organizacja udzielania świadczeń	
12.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia
12.2.2 rankingujące	
12.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
12.3.1 wymagane	1) zapewniony dostęp do dializoterapii, 2) monitorowanie istotnych czynności życiowych w trybie ciągłym (akcja serca, RR, pulsoksymetria) 3) całodobowy dostep do pracowni: a/ biochemicznej, b/ chromatografii
12.3.2 rankingujące	
12.4 Inne warunki	
12.4.1 wymagane	
12.4.2 rankingujące	
13. Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	
13.1 Warunki dotyczące personelu	
13.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
13.1.2 pozostali lekarze rankingujące	specjalista w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu
13.2 Organizacja udzielania świadczeń	
13.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia
13.2.2 rankingujące	1) sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniarskim, 2) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotem (szpitalem/ oddziałem/ oddziałem dziennym/ zakładem) prowadzącym rehabilitację w ramach kontynuacji leczenia
13.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
13.3.1 wymagane	1) całodobowy dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej 2) monitorowanie istotnych czynności życiowych w trybie ciągłym - w obiekcie 3) gabinet zabiegowy, 4) aparat RTG przyłóżkowy - w obiekcie
13.3.2 rankingujące	wyposażenie: 1) artroskop diagnostyczno terapeutyczny w oddziale dostęp do badań: 1) możliwość badań hist.-pat. śródoperacyjnych
13.4 Inne warunki	
13.4.1 wymagane	sala aseptyczna.
13.4.2 rankingujące	oddzielna sala operacyjna do zabiegów ortopedycznych
14. Kardiochirurgia	
14.1 Warunki dotyczące personelu	
14.1.1 pozostali lekarze - wymagane	równoważnik, co najmniej 4 etatów (bez ordynatora), w tym: 2 specjalistów w dziedzinie kardiochirurgii
14.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie kardiochirurgii lub kardiologii (inwazyjnej)
14.1.3. pozostali pracownicy -	perfuzjoniści - 2 etaty
14.2 Organizacja udzielania świadczeń	
14.2.1 wymagane	1) wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia 2) sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniarskim 3) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotem (szpitalem/ oddziałem/ oddziałem dziennym/ zakładem) prowadzącym rehabilitację kardiologiczną w oparciu o zachowanie zasady kontynuacji leczenia.
14.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
14.3.1 wymagane	1) całodobowy dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej 2) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia na terenie oddziału 3) urządzenie do kontrapulsacji balonem wewnątrzaortalnym, 4) USG z Dopplerem, 5) gabinet zabiegowy, - w oddziale 6) aparat RTG przyłóżkowy, 7) RTG naczyniowe, 8) RTG operacyjne - w obiekcie
14.4 Inne warunki	
14.4.1 wymagane	
14.4.2 rankingujące	

15. Transplantologia	
15.1 Warunki dotyczące personelu	
15.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) 2 specjalistów w dziedzinie transplantologii klinicznej
15.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	
15.2 Organizacja udzielania świadczeń	
15.2.1 wymagane	1) wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia 2) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań (procedury), dotyczące: a) kwalifikacji do przeszczepu, b) badania zgodności tkankowej, c) pobierania narządów, d) stosowania leków immunosupresyjnych 3) sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniarskim,
15.2.2 rankingujące	
15.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
15.3.1 wymagane	1) całodobowy dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej 2) dializoterapia (tylko oddziały narządowe), 3) RTG naczyniowe, 4) aparat RTG przyłóżkowy - w obiekcie 5) monitorowanie istotnych czynności życiowych w trybie ciągłym, 6) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia, 7) gabinet zabiegowy - w oddziale
15.3.2 rankingujące	
15.4 Inne warunki	
15.4.1 wymagane	
15.4.2 rankingujące	
16. Chirurgia klatki piersiowej	
16.1 Warunki dotyczące personelu	
16.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej
16.1.2 pozostali lekarze rankingujące	specjalista w dziedzinie chirurgii klatki piersiowej
16.2 Organizacja udzielania świadczeń	
16.2.1 wymagane	1) wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia 2) sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniarskim
16.2.2 rankingujące	
16.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
16.3.1 wymagane	1) całodobowy dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej, 2) badanie hist./pat. śródoperacyjne, 3) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia, 4) mediastinoskop 5) spirometr, 6) torakoskop, 7) bronchoskop, 8) aparat RTG przyłóżkowy, 9) gabinet zabiegowy, - w oddziale
16.3.2 rankingujące	wyposażenie: 1) ezofagoskop, 2) RTG operacyjny 3) wideotorakoskopia - w obiekcie
16.4 Inne warunki	
16.4.1 wymagane	zapewnione procedury rehabilitacji oddechowej w ramach kontynuacji procesu leczniczego
16.4.2 rankingujące	

17. Gastroenterologia	
17.1 Warunki dotyczące personelu	
17.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) lekarz specjalista w dziedzinie gastroenterologii
17.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie: gastroenterologii
17.2 Organizacja udzielania świadczeń	
17.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia (może być łączony z innymi oddziałami o tym samym lub podobnym profilu)
17.2.2 rankingujące	sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniarskim
17.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
17.3.1 wymagane	1) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia, 2) pH metria, 3) endoskopia pp, 4) gabinet zabiegowy - w oddziale 5) manometria pp, - w obiekcie
17.3.2 rankingujące	
17.4 Inne warunki	
17.4.1 wymagane	
17.4.2 rankingujące	
18. Onkologia kliniczna	
18.1 Warunki dotyczące personelu	
18.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) lekarz specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej
18.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej
18.1.3 pozostały personel - wymagane	psycholog kliniczny
18.1.4 pozostały personel - rankingujące	
18.2 Organizacja udzielania świadczeń	
18.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia
18.2.2 rankingujące	1) sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniarskim, 2) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotami prowadzącymi opiekę paliatywną/ hospicyjną
18.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
18.3.1 wymagane	1) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia, 2) gabinet zabiegowy, - w oddziale 3) określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 80, poz.376 z późn. zm), 4) pracownia mammograficzna, 5) biopsja pod kontrolą USG, 6) pracownia hist.-pat., 7) pracownia endoskopowa, - w obiekcie
18.3.2 rankingujące	
18.4 Inne warunki	
18.4.1 wymagane	
18.4.2 rankingujące	
19. Choroby płuc (pulmonologia)	
19.1 Warunki dotyczące personelu	
19.1.1 pozostali lekarze - wymagane	równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora)
19.1.2 pozostali lekarze rankingująco	specjalista w dziedzinie pulmonologii
19.2 Organizacja udzielania świadczeń	
19.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia (może być łączony z innymi oddziałami o tym samym lub podobnym profilu)
19.2.2 rankingujące	
19.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
19.3.1 wymagane	1) spirometr, 2) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia - w oddziale 3) bronchofiberoskop - w obiekcie

19.3.2 rankingujące	dostęp do badań: 1) body pletyzmografia 2) polisomnografia 3) możliwość badań hist.-pat śródoperacyjnych
19.4 Inne warunki	
19.4.1 wymagane	zapewnione procedury rehabilitacji oddechowej w ramach kontynuacji procesu leczniczego
19.4.2 rankingujące	

20. Reumatologia	
20.1 Warunki dotyczące personelu	
20.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora) 2) specjalista reumatolog
20.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie: reumatologii, balneoklimatologii, rehabilitacji
20.2 Organizacja udzielania świadczeń	
20.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia (może być łączony z innymi oddziałami o tym samym lub podobnym profilu)
20.2.2 rankingujące	możliwość leczenia usprawniającego na terenie obiektu (rehabilitacja)
20.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
20.3.1 wymagane	dostęp do pracowni: 1) mikrobiologicznej 2) biochemicznej 3) histopatologicznej 4) immunologicznych
20.3.2 rankingujące	dostęp do badań: 1) dostęp do badań immunohistochemicznych
20.4 Inne warunki	
20.4.1 wymagane	
20.4.2 rankingujące	
21. Nefrologia	
21.1 Warunki dotyczące personelu	
21.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista nefrolog
21.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie nefrologii
21.2 Organizacja udzielania świadczeń	
21.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia (może być łączony z innymi oddziałami o tym samym lub podobnym profilu)
21.2.2 rankingujące	stacja dializ w miejscu udzielania świadczeń
21.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
21.3.1 wymagane	aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia - na terenie obiektu
21.3.2 rankingujące	1) możliwość wykonania dostępu naczyniowego do hemodializoterapii (na terenie szpitala) 2) możliwość wykonania dostępu otrzewnowego
21.4 Inne warunki	
21.4.1 wymagane	
21.4.2 rankingujące	
22. Diabetologia	
22.1 Warunki dotyczące personelu	
22.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista diabetolog
22.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie: diabetologii lub endokrynologii
21.2 Organizacja udzielania świadczeń	
22.2.1 wymagane	1) wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia (może być łączony z innymi oddziałami o tym samym lub podobnym profilu) 2) dietetyk
22.2.2 rankingujące	
22.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
22.3.1 wymagane	1) pompy do ciągłej podskórnej infuzji insuliny, leków, 2) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia - w oddziale
22.3.2 rankingujące	
22.4 Inne warunki	
22.4.1 wymagane	
22.4.2 rankingujące	

23. Urologia	
23.1 Warunki dotyczące personelu	
23.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista urolog
23.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie urologii lub podspecjalizacje z zakresu chirurgii
23.2 Organizacja udzielania świadczeń	
23.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia
23.2.2 rankingujące	sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniarskim
23.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
23.3.1 wymagane	1) cystoskop w oddziale 2) całodobowy dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej w obiekcie 3) gabinet zabiegowy w oddziale 4) zestaw do zabiegów przezcewkowych (TURP, TURB, URS)
23.3.2 rankingujące	wyposażenie: 1) zestaw do PCNL 2) ureteroskop dostęp do badań: 1) możliwośc badania urodynamicznego 2) dostęp do dializoterapii
23.4 Inne warunki	
23.4.1 wymagane	
23.4.2 rankingujące	własna sala endoskopowa
24. Neurochirurgia	
24.1 Warunki dotyczące personelu	
24.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 3 etatów (bez ordynatora), w tym 2) 2 specjalistów w dziedzinie neurochirurgii
24.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie neurochirurgii
24.2 Organizacja udzielania świadczeń	
24.2.1 wymagane	1) wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia, 2) sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniarskim, 3) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotem (szpitalem/ oddziałem/ oddziałem dziennym/ zakładem) prowadzącym rehabilitację neurologiczną w ramach kontynuacji leczenia
24.2.2 rankingujące	
24.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
24.3.1 wymagane	1) monitorowanie istotnych czynności życiowych w trybie ciągłym, 2) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia, 3) gabinet zabiegowy, - w oddziale 4) całodobowy dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej 5) możliwość badań hist.-pat. śródoperacyjnych, 6) RTG naczyniowe - w obiekcie
24.3.2 rankingujące	wyposażenie: 1) USG z Dopplerem, 2) RTG operacyjny, 3) EMG, 4) EEG, - w obiekcie
24.4 Inne warunki	
24.4.1 wymagane	
24.4.2 rankingujące	
25. Chirurgia dziecięca	
25.1 Warunki dotyczące personelu	
25.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 3 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista chirurg dziecięcy
25.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie chirurgii dziecięcej (bez ordynatora i zastępcy ordynatora)
25.2 Organizacja udzielania świadczeń	
25.2.1 wymagane	1) wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia , 2) sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgnacyjnym
25.2.2 rankingujące	
25.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
25.3.1 wymagane	1) całodobowy dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej w obiekcie, 2) gabinet zabiegowy w oddziale

25.3.2 rankingujące	wyposażenie: 1) inkubator w obiekcie dostęp do badań: 1) możliwość badań hist.-pat. śródoperacyjnych
25.4 Inne warunki	
25.4.1 wymagane	
25.4.2 rankingujące	

26. Chirurgia szczękowo-twarzowa	
26.1 Warunki dotyczące personelu	
26.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej
26.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie: chirurgii szczękowo-twarzowej lub otorynolaryngologii lub chirurgii plastycznej
26.2 Organizacja udzielania świadczeń	
26.2.1 wymagane	
26.2.2 rankingujące	1) sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgnacyjnym, 2) wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia
26.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
26.3.1 wymagane	1) całodobowy dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej o profilu i wyposażeniu zgodnym z profilem oddziału - w obiekcie, 2) gabinet zabiegowy - w oddziale
26.3.2 rankingujące	wyposażenie: 1) dermatom w obiekcie dostęp do badań: 1) możliwość badań hist.-pat. śródoperacyjnych w obiekcie
26.4 Inne warunki	
26.4.1 wymagane	
26.4.2 rankingujące	

27. Chirurgia onkologiczna	
27.1 Warunki dotyczące personelu	
27.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista w dziedzinie chirurgii onkologicznej
27.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie chirurgii onkologicznej
27.1.3 pozostały personel - wymagane	
27.1.4 pozostały personel - rankingująco	psycholog kliniczny
27.2 Organizacja udzielania świadczeń	
27.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia
27.2.2 rankingujące	1) sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgnacyjnym 2) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotem (szpitalem/ oddziałem/ oddziałem dziennym/ zakładem) prowadzącym rehabilitację w ramach kontynuacji leczenia
27.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
27.3.1 wymagane	1) całodobowy dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej o profilu i wyposażeniu zgodnym z profilem oddziału 2) możliwość badań hist/pat. śródoperacyjnych - w obiekcie 3) gabinet zabiegowy, - w oddziale
27.3.2 rankingujące	możliwość radioterapii śródoperacyjnej
27.4 Inne warunki	
27.4.1 wymagane	
27.4.2 rankingujące	

28. Chirurgia naczyniowa	
28.1 Warunki dotyczące personelu	
28.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) 2 specjalistów w dziedzinie chirurgii naczyniowej
28.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie chirurgii naczyniowej
28.2 Organizacja udzielania świadczeń	
28.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia
28.2.2 rankingujące	sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniarskim,
28.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
28.3.1 wymagane	1) monitorowanie istotnych czynności życiowych w trybie ciągłym, 2) USG z dopplerem, 3) gabinet zabiegowy, - w oddziale 4) całodobowy dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej, 5) aparat RTG przyłóżkowy, 6) RTG naczyniowe, - w obiekcie

28.3.2 rankingujące	pracownia zabiegowej radiologii naczyniowej
28.4 Inne warunki	
28.4.1 wymagane	
28.4.2 rankingujące	możliwość przemieszczania się oraz pomieszczenia dostosowane do korzystania przez osoby na wózkach

29. Chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna	
29.1 Warunki dotyczące personelu	
29.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista w dziedzinie chirurgii plastycznej
29.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie: chirurgii plastycznej lub szczękowo-twarzowej
29.2 Organizacja udzielania świadczeń	
29.2.1 wymagane	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotem (szpitalem/ oddziałem/ oddziałem dziennym/ zakładem) prowadzącym rehabilitację w ramach kontynuacji leczenia
29.2.2 rankingujące	
29.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
29.3.1 wymagane	1) całodobowy dostęp do bloku operacyjnego/ sali operacyjnej o profilu i wyposażeniu zgodnym z profilem oddziału - w obiekcie, 2) dermatom, 3) gabinet zabiegowy, - w oddziale
29.3.2 rankingujące	dostęp do badań: 1) możliwość badań hist.-pat. śródoperacyjnych w obiekcie
29.4 Inne warunki	
29.4.1 wymagane	
29.4.2 rankingujące	
30. Angiologia	
30.1 Warunki dotyczące personelu	
30.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista w dziedzinie angiologii
30.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie: angiologii lub chirurgii naczyniowej
30.2 Organizacja udzielania świadczeń	
30.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia (może być łączony z innymi oddziałami o tym samym lub podobnym profilu)
30.2.2 rankingujące	sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgniarskim,
30.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
30.3.1 wymagane	1) monitorowanie istotnych czynności życiowych w trybie ciągłym, 2) RTG naczyniowe - w obiekcie, 3) USG z Dopplerem - w obiekcie, 4) gabinet zabiegowy - w oddziale
30.3.2 rankingujące	
30.4 Inne warunki	
30.4.1 wymagane	
30.4.2 rankingujące	możliwość przemieszczania się oraz pomieszczenia dostosowane do korzystania przez osoby na wózkach
31. Kardiologia	
31.1 Warunki dotyczące personelu	
31.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) 1 specjalista w dziedzinie kardiologii
31.1.2. pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie kardiologii
31.1.3 pozostały personel - wymagane	
31.1.4 pozostały personel - rankingująco	psycholog kliniczny
31.2 Organizacja udzielania świadczeń	
31.2.1 wymagane	1) wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia 2) sala wzmożonego nadzoru
31.2.2 rankingujące	1) ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotem (szpitalem/ oddziałem/ oddziałem dziennym/ zakładem) prowadzącym rehabilitację kardiologiczną, w ramach kontynuacji leczenia, 2) ośrodek telemedycyny
31.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	

31.3.1 wymagane	1) monitorowanie istotnych czynności życiowych w trybie ciągłym, 2) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia, 3) stymulator zewnętrzny do stymulacji przezskórnej, 4) EKG 12 odprowadzeniowe 5) USG z Dopplerem, 6) zestaw do stymulacji czasowej przezżylnej, 7) gabinet zabiegowy, - w oddziale 8) RTG naczyniowe - w obiekcie
31.3.2 rankingujące	1) pracownia hemodynamiczna pracująca w systemie całodobowym 2) możliwość wszczepienia stałych układów stymulujących serce 3) możliwość zabiegów cewnikowania serca
31.4 Inne warunki	
31.4.1 wymagane	
31.4.2 rankingujące	możliwość przemieszczania się oraz pomieszczenia dostosowane do korzystania przez osoby na wózkach

32. Endokrynologia	
32.1 Warunki dotyczące personelu	
32.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora) w tym: 2) specjalista endokrynolog
32.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie: endokrynologii lub diabetologii
32.2 Organizacja udzielania świadczeń	
32.4.1 wymagane	
32.4.2 rankingujące	
32.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
32.3.1 wymagane	1) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia - w oddziale 2) możliwość oznaczenia poziomu hormonów - całodobowo
32.3.2 rankingujące	
32.4 Inne warunki	
32.4.1 wymagane	
32.4.2 rankingujące	

33. Hematologia	
33.1 Warunki dotyczące personelu	
33.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora) w tym 2) specjalista hematolog
33.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie hematologii
33.1.3 pozostały personel - wymagane	psycholog kliniczny
33.1.4 pozostały personel - rankingujące	
33.2 Organizacja udzielania świadczeń	
33.2.1 wymagane	wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia
33.2.2 rankingujące	współpraca z zagranicznymi rejestrami dawców szpiku
33.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
33.3.1 wymagane	1) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia, 2) gabinet zabiegowy - w oddziale 3) możliwosc pobierania i badania szpiku kostnego, 4) biopsja pod kontrolą USG, 5) pracownia hist./pat. - w obiekcie
33.3.2 rankingujące	
33.4 Inne warunki	
33.4.1 wymagane	określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 80, poz.376 z późn. zm)
33.4.2 rankingujące	

34. Immunologia	
34.1 Warunki dotyczące personelu	
34.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora) w tym 2) specjalista immunolog
34.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	specjalista w dziedzinie: immunologii lub chorób wewnętrznych
34.2 Organizacja udzielania świadczeń	
34.4.1 wymagane	
34.4.2 rankingujące	
34.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
34.3.1 wymagane	1) dostęp do sal z wyciągiem laminarnym - w obiekcie, 2) gabinet zabiegowy - w oddziale
34.3.2 rankingujące	wydzielone separatki - (wzmożony reżim sanitarny)
34.4 Inne warunki	
34.4.1 wymagane	
34.4.2 rankingujące	

35. Geriatria	
35.1 Warunki dotyczące personelu	
35.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 1 etatu (bez ordynatora)
35.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	1) specjalista w dziedzinie: geriatrii lub chorób wewnętrznych lub rehabilitacji
35.1.3 pozostały personel - wymagane	fizjoterapeuta
35.1.4 pozostały personel - rankingujące	psycholog kliniczny
35.2 Organizacja udzielania świadczeń	
35.2.1 wymagane	
35.2.2 rankingujące	współpraca z pracownikiem socjalnym
35.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
35.3.1 wymagane	
35.3.2 rankingujące	
35.4 Inne warunki	
35.4.1 wymagane	
35.4.2 rankingujące	

36. Audiologia i foniatria	
36.1 Warunki dotyczące personelu	
36.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym 2) specjalista w dziedzinie: audiologii i foniatrii lub otorynolaryngologii
36.1.2 pozostali lekarze - rankingująco	specjalista w dziedzinie: audiologii i foniatrii lub otorynolaryngologii
36.2 Organizacja udzielania świadczeń	
36.2.1 wymagane	
36.2.2 rankingujące	
36.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
36.3.1 wymagane	kompleksowa diagnostyka audiologiczna (badania: ERA, ABR, OAE, test z promontorium, ENG, czas reakcji, audiometria impedancyjna, audiometria Bekesy'ego) - w obiekcie
36.3.2 rankingujące	
36.4 Inne warunki	
36.4.1 wymagane	
36.4.2 rankingujące	

37. Neonatologia	
37.1 Warunki dotyczące personelu	
37.1.1 pozostali lekarze - wymagane	równoważnik, co najmniej 1 etatu na 20 łóżek noworodkowych;
37.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	- na każdym poziomie warunków referencyjnych: specjalista w neonatologii (łóżka noworodkowe) - 1 lekarz na 3 stanowiska intensywnej terapii (specjalista w neonatologii*/ ** lub chorobach dzieci* lub w trakcie specjalizacji do neonatologii*), - 1 lekarz na 6 stanowisk opieki pośredniej* lub specjalista w neonatologii*/** lub chorobach dzieci*/** lub w trakcie specjalizacji do neonatologii*/**, - 1 lekarz na 15 łóżek w systemie rooming in*, - 1 lekarz na 6 stanowisk opieki ciągłej (specjalista w neonatologii)**;
37.1.3 pielęgniarki - wymagane	- co najmniej 1 pielęgniarka na 1 zmianę na 10 łóżek noworodkowych,
37.1.4 pielęgniarki - rankingujące	- 1 pielęgniarka na 1 zmianę na 2 łóżka intensywnej terapii*/ **, - 1 pielęgniarka na 1 zmianę na 5 łóżek opieki pośredniej* lub 4 łóżka opieki pośredniej**, - 1 pielęgniarka na 1 zmianę na 5 łóżek opieki ciągłej* lub 4 łóżka opieki ciągłej**.
37.2 Organizacja udzielania świadczeń	
37.2.1 wymagane	- wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia; - całodobowy dostęp do diagnostyki: laboratoryjnej i mikrobiologicznej w obiekcie; - sala wzmożonego nadzoru ze stałym nadzorem pielęgnacyjnym.
37.2.1 rankingujące	- wydzielone stanowiska opieki pośredniej*/ **, - wydzielone stanowiska opieki ciągłej*/ **; - w obiekcie położnictwo zgodne z poziomem referencyjnym*/**
37.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
37.3.1 wymagane	- stanowisko do resuscytacji, w tym: a) zestaw reanimacyjny, b) zestaw do wspomagania oddechu, c) pulsoksymetr, d) źródło tlenu, e) ssaki (mechaniczny i elektryczny), f) monitorowanie czynności serca, - inkubatory do opieki podstawowej, - lampa do fototerapii, - pompy infuzyjne strzykawkowe.
37.3.2 rankingujące	- respirator lub zestaw do wspomagania oddechu na każde stanowisko intensywnej terapii*/ **, - 1 inkubator zamknięty lub otwarty na każde stanowisko intensywnej terapii*/ **, - nie mniej niż 3 pompy infuzyjne*/ **, - możliwość stałego monitorowania ciśnienia krwi*/ **, - oftalmoskop*/ **, - zestaw do odbarczania odmy opłucnowej*/ **, - zestaw do cewnikowania żyły pępkowej*/ **; - echokardiograf lub USG z opcją kolorowego Dopplera (stały dostęp w obiekcie)*/ **, - inkubatory do intensywnej terapii (nie mniej niż 2)*/ **, - możliwość leczenia tlenkiem azotu*/ ** - dostęp do badań mikrometodami w obiekcie*/ **
37.4 Inne warunki	
37.4.1 wymagane	
37.4.2 rankingujące	
Uwagi:	* konieczne dla rozliczenia świadczeń dla których określono warunki drugiego poziomu referencyjnego; ** konieczne dla rozliczenia świadczeń dla których określono warunki trzeciego poziomu referencyjnego;

38. Anestezjologia i Intensywna Terapia	
38.1 Warunki dotyczące personelu	
38.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
38.1.2 pozostali lekarze - rankingująco	specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii
38.2 Organizacja udzielania świadczeń	
38.2.1 wymagane	1) wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia, 2) spełnienie wymagań określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U.05.116.985) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.98.37.215)
38.2.2 rankingujące	1) prowadzenie rejestru ciężkiej sepsy i rejestru zakażeń szpitalnych w oddziale. 2) wdrożone programy terapeutyczne.
38.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
38.3.1 wymagane	1) ciągłe przyłóżkowe monitorowanie EKG, 2) stały pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną, 3) pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego krwi, 4) intubacja dotchawicza i wentylacja workiem samorozprężalnym, 5) przedłużona sztuczna wentylacja płuc z użyciem respiratora, 6) regulacja stężenia tlenu w respiratorze w zakresie 21-100%, 7) terapia płynami infuzyjnymi za pomocą pomp infuzyjnych, worków ciśnieniowych, filtrów, strzykawek automatycznych, 8) toaleta dróg oddechowych za pomocą urządzeń ssących, 9) monitorowanie temperatury ciała, 10) stymulacja zewnętrzna pracy serca, 11) pulsoksymetria, 12) kapnografia, 13) ciągły pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą inwazyjną - w oddziale całodobowy dostęp do diagnostyki: 1) obrazowej (RTG), 2) przyłóżkowa diagnostyka RTG i USG, 3) laboratoryjnej (gazometria, badania biochemiczne i hematologiczne, w tym krzepnięcie krwi i próby krzyżowej, 4) mikrobiologicznej - w obiekcie
38.3.2 rankingujące	wyposażenie: 1) przyłóżkowa diagnostyka RTG z torem wizyjnym dostęp do badań: 1) wzierniкowanie dróg oddechowych za pomocą bronchofiberoskopu, 2) monitorowanie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. 3) kontrapulsacja wewnątrzaortalna. 4) monitorowanie ciśnienia w tętnicy płucnej. 5) pomiar rzutu serca.
38.4 Inne warunki	
38.4.1 wymagane	hemofiltracja w oddziale
38.4.2 rankingujące	- hemodializa w obiekcie - ośrodek konsultacyjno-odwoławczy dla innych oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.

39. Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)	
39.1 Warunki udzielania świadczeń	
39.1.1. wymagania formalne	1) uwzględnienie oddziału w statucie zakładu opieki zdrowotnej, 2) ważny wpis w księdze rejestrowej zakładów opieki zdrowotnej, dotyczący oddziału, zgodny z zakresem świadczeń będących przedmiotem kontraktowania, 3) pozytywna opinia właściwego organu sanitarno-epidemiologicznego,zgodnie z zakresem świadczeń będących przedmiotem kontraktowania, 4) spełnienie wymagań dotyczących organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia oddziału, warunków technicznych, personelu medycznego określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2002 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 74, poz. 687 z późn. zm.), 5) uwzględnienie oddziału w wojewódzkim planie zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych
39.2 Warunki dotyczace personelu	
39.2.1. ordynator oddziału - wymagane	lekarz: 1) specjalista w dziedzinie medycyny ratunkowej lub anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny zabiegowej, 2) 8 lat pracy w zawodzie, (rozp. Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. (Dz.U. Nr 44, poz. 520), rozp. Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 1999 r. (Dz. U. Nr 30, poz. 300))
39.2.2. pozostali lekarze - rankingujące	udział lekarzy specjalistów w ogólnej liczbie lekarzy powyżej 25%
39.2.3. pielęgniarka oddziałowa - wymagane	1) średnie medyczne i specjalizacja oraz 5 lat pracy w opiece stacjonarnej, 2) średnie medyczne i kurs kwalifikacyjny oraz 7 lat w opiece stacjonarnej (rozp. Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 1999 r. (Dz. U. Nr 30, poz. 300))
39.3. Organizacja udzielania świadczeń	
39.3.1 wymagane	
39.3.2 rankingujące	dostęp do świadczeń w oddziałach specjalistycznych: anestezjologia i intensywna terapia , choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, pediatria, neurologia, neurochirurgia, kardiologia, kardiochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia szczękowo-twarzowa, okulistyka, otolaryngologia - w trybie całodobowym w obiekcie
39.4. Warunki dotyczące dostępności do badań diagnostycznych	
39.4.1. wymagane	całodobowy dostęp do badań: 1) laboratoryjnych, 2) mikrobiologicznych, 3) RTG, 4) USG, 5) endoskopowych, - w obiekcie
39.4.2. rankingujące	całodobowy dostęp do: 1) tomografii komputerowej 2) rezonansu magnetycznego - w obiekcie
39.5. Inne warunki	
39.5.1 inne warunki - wymagane	
39.5.2 inne warunki - rankingujące	- posiadanie certyfikatu ISO w zakresie usług medycznych, - posiadanie certyfikatu CMJ, - budynki dostępne dla pacjentów, posiadające więcej niż jedną kondygnację, wyposażone w co najmniej jeden dźwig umożliwiający transport chorych na wózkach i łóżkach albo lokalizacja na parterze, - podjazdy oraz dojścia o nachyleniu nie większym niż 5%, - na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych ogólnodostępnych przystosowane dla osób niepełnosprawnych
40. Szpitalna izba przyjęć (IP)	
40.1 Warunki udzielania świadczeń	
40.1.1 wymagania formalne:	1) uwzględnienie IP w statucie zakładu opieki zdrowotnej (szpitala) 2) ważny wpis w księdze rejestrowej zakładów opieki zdrowotnej, zgodny z zakresem świadczeń będących przedmiotem kontraktowania, 3) pozytywna opinia właściwego organu sanitarno-epidemiologicznego,zgodnie z zakresem świadczeń będących przedmiotem kontraktowania
40.2 Warunki dotyczace personelu	
40.3.1 wymagane	
40.3.2 rankingujące	
40.3. Organizacja udzielania świadczeń	
40.3.1 wymagane	1) wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia 2) usytuowanie IP powinno zapewnić jej łatwą komunikację z: a) oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii; b) zespołem operacyjnym; c) zespołem diagnostyki obrazowej; d) węzłem komunikacji pionowej. 3) gabinety badań lekarskich oraz pomieszczenia diagnostyczne i zabiegowe powinny być dostępne z dwóch stron: a) od strony poczekalni (ruch brudny); b) od strony ruchu wewnątrzoddziałowego (ruch czysty);
40.3.2 rankingujące	1) dostęp do świadczeń w oddziałach specjalności podstawowych (choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia, pediatria) w trybie całodobowym, 2) zabezpieczenie świadczeń całodobowych w zakresach kontraktowanych w trybie hospitalizacji,
40.4 Wyposażenie i dostęp do badań diagnostycznych	

40.4.1 wymagane	Całodobowy dostęp do: 1) laboratorium diagnostycznego, 2) pracowni radiologicznej, 3) ekg - w obiekcie
40.4.2 rankingujące	Calodobowy dostęp do: 1) tomografii komputerowej, 2) rezonansu magnetycznego, 3) dostęp do świadczeń specjalności podstawowych (choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, położnictwo i ginekologia, pediatria) lub świadczeń specjalności szczegółowych, w trybie 24 godzinnym w miejscu w zależności od profilu szpitala - w obiekcie
40.4 Inne warunki	
40.4.1 wymagane	
40.4.2 rankingujące	

41. Radioterapia	
41.1 Warunki dotyczące personelu	
41.1.1 pozostali lekarze - wymagane	- kierownik - specjalista radioterapii onkologicznej - co najmniej 3 specjalistów radioterapii
41.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	- co najmniej 6 specjalistów radioterapii w zakładzie RT*, - co najmniej 2 specjalistów radioterapii w pracowni brachyterapii*, - co najmniej 1 anestezjolog*
41.1.3 pozostały personel - wymagane	- co najmniej 2 fizyków medycznych (w tym jeden z uprawnieniami inspektora ochrony radiologicznej) - co najmniej 5 techników radioterapii w systemie jednozmianowym (minimum 10 w systemie dwuzmianowym) - co najmniej 1 pielęgniarka
41.1.4 pozostały personel - rankingujące	- co najmniej 3 fizyków medycznych* - 1 inspektor ochrony radiologicznej* - co najmniej 12 techników radioterapii, w tym: 3 na 1 aparat terapeutyczny w systemie jednozmianowym*, 1 technik na 1 stację planowania RT*, 1 technik na 1 aparat do brachyterapii*, 1 technik do systemu planowania brachyterapii* - co najmniej 3 pielęgniarki*
41.2 Organizacja udzielania świadczeń	
41.2.1 wymagane	- stanowiska planowania leczenia - modelarnia - pracownia fizyki medycznej
41.2.2 rankingujące	- wydzielona baza łóżkowa - pracownia brachyterapii (dla wszystkich poziomów referencyjnych) - pracownia planowania leczenia* - pracownia fizyki medycznej* - Oddział (Klinika) Radioterapii z bazą łóżkową co najmniej 40 łóżek dla pacjentów hospitalizowanych*
41.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
41.3.1 wymagane	- minimum 1 przyspieszacz liniowy generujący promieniowanie fotonowe lub elektronowe o energii w zakresie 4 - 21 MeV bez kolimatora wielolistkowego z wizualizacją wiązki (PVI) lub co najmniej 1 bomba kobaltowa - symulator - system dwu-trójwymiarowego planowania radioterapii z co najmniej 2 stacjami planowania - system rejestracji i archiwizacji danych - zestaw urządzeń do kalibracji i dozymetrii aparatury terapeutycznej - zestaw do unieruchamiania pacjenta - komputerowy system osłon indywidualnych i kompensatorów - pełny zestaw bloków osłon standardowych/ 1 aparat terapeutyczny - fantom wodny
41.3.2 rankingujące	- co najmniej 2 przyspieszacze liniowe generujące wiązki promieniowania fotonowego i elektronowegoo szerokim zakresie energii nie mniejszym niż 6 MeV z centratorami laserowymi i stołem terapeutycznym o tych samych parametrach jak stół symulatora, przy czym co najmniej jeden wyposażony w kolimator wielolistkowy, system wizualizacji wiązki promieniowania (PVI)* - co najmniej 1 symulator przystosowany do trójwymiarowego planowania radioterapii* - trójwymiarowy system planowania radioterapii z co najmniej 2 stacjami do planowania w przeliczeniu na 1 przyspieszacz liniowy* - bezpośredni dostęp do TK (NMR) w obrębie własnej placówki służby zdrowia* - co najmniej 1 system dozymetrii in vivo* - modelarnia wyposażona w system masek unieruchamiających, komputerowy system kompensatorów i osłon indywidualnych* - komputerowy system zarządzania radioterapią, rejestracji i archiwizacji danych* - zestawy do kalibracji i dozymetrii aparatury terapeutycznej i fantom tkankopodobny (co najmniej fantom wodny)* - co najmniej 1 aparat do brachyterapii (zdalnego sterowania) do aplikacji źródeł o średniej lub wysokiej mocy dawki (MDR, HDR)* - system trójwymiarowego planowania brachyterapii* - system radiologicznej weryfikacji pozycjonowania aplikatorów* - aparat do znieczulania*
41.4 Inne warunki	
41.4.1 wymagane	- bezpośredni dostęp do diagnostyki obrazowej, diagnostyki histopatologicznej, diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki molekularnej
41.4.2 rankingujące	- bezpośredni dostęp do diagnostyki obrazowej, diagnostyki histopatologicznej, diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki molekularnej - bezpośredni kontakt i współpraca z Oddziałem (Kliniką) Chirurgii Onkologicznej, Oddziałem (Kliniką) Onkologii Klinicznej (Chemioterapii), Oddziałem (Zakładem) Medycyny Nuklearnej
Uwagi:	* konieczne dla rozliczenia świadczeń dla których określono warunki trzeciego poziomu referencyjnego;

42. Onkologia i hematologia dziecięca	
42.1 Warunki dotyczące personelu	
42.1.1 pozostali lekarze - wymagane	1) równoważnik, co najmniej 3 etatów, w tym co najmniej 1 specjalista w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej
42.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	1) specjalista w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej
42.1.3 pozostały personel - wymagane	
42.1.4 pozostały personel - rankingujące	1) psycholog kliniczny
42.2 Organizacja udzielania świadczeń	
42.2.1 wymagane	1) wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia 2) wydzielony oddział z połową sal gwarantujących zapewnienie reżimu sanitarnego 3) wydzielony oddział leczenia dziennego
42.2.2 rankingujące	1) spełnienie wszystkich standardów PTOiHD 2) stała dostępność konsultacji specjalistycznych (chirurgia dziecięca, anestezjologia i intensywna terapia, neurochirurgia, neurologia, kardiologia, laryngologia, nefrologia)
42.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
42.3.1 wymagane	1) aparat do monitorowania ciągłego pracy serca i ciśnienia, 2) gabinet zabiegowy - w oddziale całodobowa dostępność badań laboratoryjnych: 1) hematologicznych, 2) mikrobiologicznych, 3) biochemicznych, 4) diagnostyki obrazowej, - w obiekcie
42.3.2 rankingujące	
42.4 Inne warunki	
42.4.1 wymagane	1) określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostatycznych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 80, poz.376 z późn. zm)
42.4.2 rankingujące	

43. Ginekologia onkologiczna	
43.1 Warunki dotyczące personelu	
43.1.1 pozostali lekarze - wymagane	równoważnik, co najmniej 2 etatów (bez ordynatora), w tym co najmniej 1 specjalista w dziedzinie położnictwa i ginekologii;
43.1.2 pozostali lekarze - rankingujące	
43.2 Organizacja udzielania świadczeń	
43.2.1 wymagane	- wyodrębniony dyżur lekarski w miejscu udzielania świadczeń we wszystkie dni tygodnia; - całodobowy dostęp do diagnostyki: laboratoryjnej i mikrobiologicznej w obiekcie; - stała dostępność anestezjologa; - całodobowy dostęp do sali operacyjnej - nie mniej niż 40 operacji z katalogu ginekologii onkologicznej rocznie;
43.2.2 rankingujące	
43.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
43.3.1 wymagane	- dostęp do badań histopatologicznych w obiekcie: - dostęp do USG w obiekcie; - dostep do badań TK, NMR, scyntygrafii:
43.3.2 rankingujące	- możliwość badania śródoperacyjnego, - dostępność laparoskopii i histeroskopii w obiekcie, - dostęp do USG w miejscu udzielania świadczeń, - sala endoskopowa wyposażona w laparoskop, histeroskop;
43.4 Inne warunki	
43.4.1 wymagane	wydzielona sala nadzoru pooperacyjnego w oddziale
43.4.2 rankingujące	

Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu chemioterapii

CHEMIOTERAPIA - hospitalizacja	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej albo hematologii (równoważniki etatów) albo ginekologii onkologicznej albo chirurgii onkologicznej, pulmonologii - w zakresie leczenia nowotworów płuc, urologii - w zakresie leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego, endokrynologii - w zakresie guzów neuroendokrynnych pod warunkiem zapewnienia stałego konsultanta -specjalisty w dziedzinie onkologii klinicznej.
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej albo hematologii (równoważniki etatów)
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	5 pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków (równoważniki etatów)
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 5 pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków (równoważniki etatów)
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	całodobowy oddział/pododdział szpitalny (z wyodrębnionym dyżurem lekarskim lub pracą zmianową lekarzy)
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu do badań z maksymalnym czasem oczekiwania	a) badania ultrasonograficzne - 1 dzień b) rtg konwencjonalne - całodobowo c) mammografia - do 3 dni d) tomografia komputerowa - do 3dni e) badanie histopatologiczne - do 7 dni f) rezonans magnetyczny - do 7dni g) scyntygrafia - do 7dni h) markery nowotworowe - do 3 dni i) morfologia krwi i badania biochemiczne - całodobowo j) badania endoskopowe (bronchoskopia, gastroskopia, kolonoskopia, rektosigmoidoskopia, cystoskopia) - 1 dzień
kryterium rankingujące	dostęp do wyżej wymienionych badań w miejscu udzielania świadczenia
kryterium rankingujące	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotami prowadzącymi opiekę paliatywną/ hospicyjną
CHEMIOTERAPIA - tryb jednodniowy	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	1 lekarz specjalista z zakresu onkologii klinicznej albo hematologii (równoważnik 1 etatu) albo ginekologii onkologicznej albo chirurgii onkologicznej, pulmonologii - w zakresie leczenia nowotworów płuc, urologii - w zakresie leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego pod warunkiem zapewnienia stałego konsultanta -specjalisty w dziedzinie onkologii kliniczne
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	2 lekarzy i powyżej, specjalistów z zakresu onkologii kliniczne albo hematologii (równoważniki etatów)
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	3 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków (równoważniki etatów)
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 3 pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków (równoważniki etatów).
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oddział lub pododdział szpitalny
wymagane	udzielanie świadczeń przynajmniej 5 dni w tygodniu
kryterium rankingujące	udzielanie świadczeń powyżej 5 dni w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
komórka udzielająca świadczeń wyposażona jest w (wymagania minimalne):	a) źródło tlenu, powietrza i próżni; b) aparat do pomiaru ciśnienia krwi; c) monitor EKG; d) pulsoksymetr;
wymagane zapewnienie dostępu do badań z maksymalnym czasem oczekiwania	a) badania ultrasonograficzne - 1 dzień b) rtg konwencjonalne - całodobowo c) mammografia - do 3 dni d) tomografia komputerowa - do 3dni e) badanie histopatologiczne - do 7 dni f) rezonans magnetyczny - do 7dni g) scyntygrafia - do 7dni h) markery nowotworowe - do 3 dni i) morfologia krwi i badania biochemiczne - całodobowo j) badania endoskopowe (bronchoskopia, gastroskopia, kolonoskopia, rektosigmoidoskopia, cystoskopia) - 1 dzień
kryterium rankingujące	dostęp do wyżej wymienionych badań w miejscu udzielania świadczenia
kryterium rankingujące	ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z podmiotami prowadzącymi opiekę paliatywną/ hospicyjną
CHEMIOTERAPIA - tryb ambulatoryjny	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	1 lekarz specjalista z zakresu onkologii klinicznej albo hematologii (równoważnik 1 etatu) albo ginekologii onkologicznej albo chirurgii onkologicznej, pulmonologii - w zakresie leczenia nowotworów płuc, urologii - w zakresie leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego pod warunkiem zapewnienia stałego konsultanta -specjalisty w dziedzinie onkologii kliniczne
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	2 i więcej lekarzy specjalistów z zakresu onkologii kliniczne albo hematologii (równoważniki etatów)
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	1 pielęgniarka przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków (równoważnik etatu).
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	2 i więcej pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków (równoważniki etatów).
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	udzielanie świadczeń przynajmniej 5 dni w tygodniu przez 5 godzin dziennie
kryterium rankingujące	udzielanie świadczeń powyżej 5 dni w tygodniu przez 5 godzin dziennie

2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu do badań z maksymalnym czasem oczekiwania	a) badania ultrasonograficzne - 1 dzień b) rtg konwencjonalne - całodobowo c) mammografia - do 3 dni d) tomografia komputerowa - do 3dni e) badanie histopatologiczne - do 7 dni f) rezonans magnetyczny - do 7dni g) scyntygrafia - do 7dni h) markery nowotworowe - do 3 dni i) morfologia krwi i badania biochemiczne - całodobowo j) badania endoskopowe (bronchoskopia, gastroskopia, kolonoskopia, rektosigmoidoskopia, cystoskopia) - 1 dzień
kryterium rankingujące	dostęp do wyżej wymienionych badań w miejscu udzielania świadczenia

zał. 3c do mat.inf_SZP Wymagania wobec świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu programów terapeutycznych (lekowych)

LECZENIE RAKA PIERSI DOCETAKSELEM	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej (równoważnik 2 etatów);
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków (równoważnik 2 etatów).
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków.
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oddział/podooddział onkologiczny.
wymagane	min 6 godzin - 2 dni w tygodniu
rankingujące	powyżej 2 dni w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	MAMMOGRAFIA TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA SCYNTYGRAFIA USG RTG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE (receptory HER 2, receptory ER I PGR`
kryterium rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE RAKA PIERSI KAPECYTABINA	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej (równoważnik 2 etatów);
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków (równoważnik 2 etatów).
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków.
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oddział/podooddział onkologi klinicznej lub poradnia onkologiczna/chemioterapii.
wymagane	min 6 godzin - 2 dni w tygodniu
rankingujące	powyżej 2 dni w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	MAMMOGRAFIA TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA SCYNTYGRAFIA USG RTG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE (receptory HER 2, receptory ER I PGR`
kryterium rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE RAKA PIERSI TRASTUZUMABEM	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej (równoważnik 2 etatów);
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków (równoważnik 2 etatów).
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków.
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oddział/podooddział onkologiczny.
wymagane	min 6 godzin - 2 dni w tygodniu
rankingujące	powyżej 2 dni w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	MAMMOGRAFIA TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA SCYNTYGRAFIA USG RTG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE (receptory HER 2, receptory ER I PGR`
kryterium rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE RAKA JELITA GRUBEGO IRINOTEKANEM	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej (równoważnik 2 etatów);
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków (równoważnik 2 etatów).
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków.
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny

2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oddział/podooddział onkologiczny.
wymagane	min 6 godzin - 2 dni w tygodniu
rankingujące	powyżej 2 dni w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA REZONANS MAGNETYCZNY RTG KOLONOSKOPIA BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE (antygeny nowotworowe)
kryterium rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE RAKA JELITA GRUBEGO KAPECYTABINA	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej (równoważnik 2 etatów);
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków (równoważnik 2 etatów).
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków.
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oddział/podooddział onkologi klinicznej lub poradnia onkologiczna/chemioterapii.
wymagane	min 6 godzin - 2 dni w tygodniu
rankingujące	powyżej 2 dni w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA REZONANS MAGNETYCZNY RTG KOLONOSKOPIA BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE (antygeny nowotworowe)
kryterium rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE GLEJAKÓW MÓZGU TEMOZOLOMIDEM	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej (równoważnik 2 etatów);
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków (równoważnik 2 etatów).
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków.
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oddział/podooddział onkologi klinicznej lub poradnia onkologiczna/chemioterapii.
wymagane	min 6 godzin - 2 dni w tygodniu
rankingujące	powyżej 2 dni w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA REZONANS MAGNETYCZNY BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) RTG EKG
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE RAKA JAJNIKA TOPOTEKANEM	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej lub ginekologii onkologicznej (równoważnik 2 etatów);
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej lub ginekologii onkologicznej;
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków (równoważnik 2 etatów)
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyzej 2 pielęgniarek lub położnych przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków.
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela świadczeń w oddziale/pododdziale onkologii klinicznej lub ginekologii onkologicznej
wymagane	min 6 godzin - 2 dni w tygodniu
rankingujące	powyżej 2 dni w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA RTG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) USG (bad. Jamy brzusznej i transvaginalne) BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE (antygeny nowotworowe: CA-125) SCYNTYGRAFIA
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ IMATINIBEM	

2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu hematologii (równoważnik 2 etatów);
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu hematologii;
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki ze stażem pracy w ośrodkach o specyfice hematologicznej (równoważnik 2 etatów).
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyzej 2 pielęgniarek ze stażem pracy w ośrodkach o specyfice hematologicznej.
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela świadczeń w oddziale hematologicznym
wymagane	min 6 godzin - 2 dni w tygodniu
rankingujące	powyżej 2 dni w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG RTG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIA CYTOGENETYCZNE SZPIKU BADANIE MOLEKULARNE RT-PCR BADANIE HISTOPATOLOGICZNE
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE NOWOTWORÓW PODŚCIELISKA PRZEWODU POKARMOWEGO IMATINIBEM	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej (równoważnik 2 etatów);
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej;
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków (równoważnik 2 etatów).
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków.
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oddział/podooddział onkologi klinicznej lub poradnia onkologiczna/chemioterapii.
wymagane	min 6 godzin - 2 dni w tygodniu
rankingujące	powyżej 2 dni w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA RTG USG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIE HISTOPATOLOGICZNE BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE (antygeny nowotworowe: CD-117)
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE RAKA JAJNIKA PAKLITAKSELEM	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej lub ginekologii onkologicznej;
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej lub ginekologii onkologicznej;
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki lub położne przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków.
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek lub położnych przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków.
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela świadczeń w oddziale/pododdziale onkologii klinicznej lub ginekologii onkologicznej
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA RTG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) USG (bad. Jamy brzusznej i transvaginalne) BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE (antygeny nowotworowe: CA-125) SCYNTYGRAFIA
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
Leczenie chłoniaków złośliwych rituximabem	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej lub hematologi (równoważnik 2 etatów)i;
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu onkologii klinicznej lub hematologii
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków (równoważnik 2 etatów).
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek przeszkolonych w zakresie podawania cytostatyków.
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	ośrodek hematologiczny lub ośrodek onkologiczny zapewniający możliwość prowadzenia leczenia skojarzonego nowotworów.
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	

wymagane zapewnienie dostępu	• USG • TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA • RTG • BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) • EKG • BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE (antygeny nowotworowe: CD-20) • BADANIE HISTOPATOLOGICZNE
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE NADPŁYTKOWOŚCI SAMOISTNEJ ANAGRELIDEM	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu hematologii (równoważnik 2 etatów);
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu hematologii;
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki ze stażem pracy w ośrodkach o specyfice hematologicznej (równoważnik 2 etatów).
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek ze stażem pracy w ośrodkach o specyfice hematologicznej.
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela innych świadczeń w oddziale hematologicznym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG RTG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) EKG
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE PRZEDWCZESNEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu endokrynologii
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu endokrynologii
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	Oferent udziela innych świadczeń w oddziale pediatrycznym o profilu endokrynologicznym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA RTG USG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI U DZIECI IMMUNOGLOBULINAMI	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy ze specjalizacją z zakresu pediatrii,
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy ze specjalizacją z zakresu pediatrii,
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie ostrych stanów pediarycznych
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek przeszkolonych w zakresie ostrych stanów pediarycznych
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela innych świadczeń w pediatrycznym oddziale szpitalnym
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG RTG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE DYSTONII MIĘŚNIOWYCH TOKSYNĄ BOTULINOWĄ	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu neurologii lub specjalistów z zakresu rehabilitacji dziecięcej lub lekarze ortopedzi z c onajmniej 3-letnim doświadczeniem w prowadzeniu leczenia tą metodą
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu neurologii lub specjalistów z zakresu rehabilitacji
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela także innych świadczeń w zakresie rehanilitacji dzieci
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	

wymagane zapewnienie dostępu	EMG RTG USG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem)
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE MÓZGOWEGO PORAŻENIA DZIECIĘCEGO TOKSYNĄ BOTULINOWĄ	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu neurologii lub specjalistów z zakresu rehabilitacji dziecięcej lub lekarze ortopedzi z c onajmniej 3-letnim doświadczeniem w prowadzeniu leczenia tą metodą
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu neurologii lub specjalistów z zakresu rehabilitacji dziecięcej
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela także innych świadczeń w zakresie rehanilitacji dzieci
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	EMG RTG USG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem)
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO GLATIRAMEREM	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu neurologii
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu neurologii
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela innych świadczeń z zakresu neurologii w oddziale szpitalnym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA REZONANS MAGNETYCZNY USG RTG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO INTERFERONEM BETA	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu neurologii
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu neurologii
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela innych świadczeń z zakresu neurologii w oddziale szpitalnym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA REZONANS MAGNETYCZNY USG RTG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
ZASTOSOWANIE ABCIXIMABU U CHORYCH PODDANYCH ANGIOPLASTYCE WIEŃCOWEJ	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	3 lekarzy specjalistów z zakresu kardiologii.
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 3 lekarzy specjalistów z zakresu kardiologii.
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent zapewnia dostępność zabiegów z zakresu kardiologii interwencyjnej
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	

wymagane zapewnienie dostępu	USG ECHOKARDIOGRAFIA BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIE HOLTERA EKG RTG
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE RZS INFLIXIMABEM	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu reumatologii
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu reumatologii
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela innych świadczeń z zakresu reumatologiii w oddziale szpitalnym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG (w tym USG z możliwością badania stawów) RTG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE EKG
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE RZS ETANERCEPTEM	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu reumatologii
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu reumatologii
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela innych świadczeń z zakresu reumatologiii w oddziale szpitalnym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG (w tym USG z możliwością badania stawów)
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE RZS LEFLUNOMIDEM	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu reumatologii
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu reumatologii
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela innych świadczeń z zakresu reumatologiii w oddziale szpitalnym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG (w tym USG z możliwością badania stawów)
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE CIĘŻKIEJ SEPSY AKTYWOWANYM BIAŁKIEM C	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistówi z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, z doświadczeniem w leczeniu ciężkiej sepsy
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistówi z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, z doświadczeniem w leczeniu ciężkiej sepsy
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	dostępność ooddziału OIT 24godz/dobę - 7 dni w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA RTG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, bakteriologiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem) EKG
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PNN U PACJENTÓW NIEDIALIZOWANYCH	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	

lekarze (wymaganie minimalne)	1 lekarz specjalista z zakresu nefrologii;
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powżej 1 lekarza specjalisty z zakresu nefrologii;
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki przeszkolone w zakresie chorób nerek i dializoterapii
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek przeszkolone w zakresie chorób nerek i dializoterapii
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela innych świadczeń z zakresu nefrologiii w oddziale szpitalnym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG RTG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE EKG
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE CHOROBY GAUCHER'A IMIGLUCELAZĄ	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu pediatrii, z doświadczeniem w diagnozowaniu i leczeniu choroby Gaucher'a,
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu pediatrii, z doświadczeniem w diagnozowaniu i leczeniu choroby Gaucher'a,
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela innych świadczeń z zakresu chorób metabolicznychi w wysokospecjalistycznym pediatrycznym oddziale szpitalnym i posiada wieloletnie doświadczenie w diagnozowaniui i prowadzeniu leczenia choroby Gauchera
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	• USG • TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA • REZONANS MAGNETYCZNY • RTG • EKG • BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem) • BADANIE GENETYCZNE
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE CHOROBY HURLER LARONIDAZĄ	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu pediatrii, z doświadczeniem w diagnozowaniu i leczeniu choroby Hurler,
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu pediatrii, z doświadczeniem w diagnozowaniu i leczeniu choroby Hurler
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela innych świadczeń z zakresu chorób metabolicznychi w wysokospecjalistycznym pediatrycznym oddziale szpitalnym i posiada wieloletnie doświadczenie w diagnozowaniu i prowadzeniu leczenia choroby Hurler
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	• USG • TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA • REZONANS MAGNETYCZNY • RTG • EKG • BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem) • BADANIE GENETYCZNE
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z SOMATROPINOWĄ NIEWYDOLNOŚCIA PRZYSADKI HORMONEM WZROSTU	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu endokrynologii,
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu pediatrii lub endokrynologii,
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	

wymagane	oferent udziela innych świadczeń z zakresu endokrynologii wieku rozwojowego w pediatrycznym oddziale szpitalnym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA REZONANS MAGNETYCZNY RTG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem) SPRZĘT ANTROPOMETRYCZNY (w tym stadiometr typu Harpanden) BADANIA GENETYCZNE BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIEWCZĄT Z ZT HORMONEM WZROSTU	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu endokrynologii,
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu pediatrii lub endokrynologii,
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela innych świadczeń z zakresu endokrynologii wieku rozwojowego w pediatrycznym oddziale szpitalnym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA REZONANS MAGNETYCZNY RTG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem) SPRZĘT ANTROPOMETRYCZNY (w tym stadiometr typu Harpanden) BADANIA GENETYCZNE BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z PNN HORMONEM WZROSTU	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu nefrologii,
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjlaistów z zakresu pediatrii lub z nefrologii,
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela innych świadczeń z zakresu endokrynologii wieku rozwojowego w pediatrycznym oddziale szpitalnym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA REZONANS MAGNETYCZNY RTG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem) SPRZĘT ANTROPOMETRYCZNY (w tym stadiometr typu Harpanden) BADANIA GENETYCZNE BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE DZIECI Z ZESPOŁEM PRADER - WILLY HORMONEM WZROSTU	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarzy specjalistów z zakresu endokrynologii,
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej 2 lekarzy specjalistów z zakresu pediatrii lub endokrynologii,
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	oferent udziela innych świadczeń z zakresu endokrynologii wieku rozwojowego w pediatrycznym oddziale szpitalnym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu

rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA REZONANS MAGNETYCZNY RTG EKG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, hormonalne, morfologia krwi z rozmazem) SPRZĘT ANTROPOMETRYCZNY (w tym stadiometr typu Harpanden) BADANIA GENETYCZNE BADANIA IMMUNOHISTOCHEMICZNE
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WZW TYPU C IFN ALFA PEGYLOWANYM	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	lekarzy 2 specjalistów z zakresu chorób zakaźnych; lub 2 lekarzy specjalistów transplantologów, w przypadku realizacji programu przez poradnię transplantacyjną
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej lekarzy 2 specjalistów z zakresu chorób zakaźnych; lub przynajmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu transplantologii, w przypadku realizacji programu przez poradnię transplantacyjną
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach leczących WZW
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyzej 2 pielęgniarek z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach leczących WZW
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	Oferent udziela świadczeń w zakresie chorób zakaźnych w oddziale szpitalnym lub w poradni (chorób zakaźnych; hepatologicznej; leczenia wzw, transplantacyjnej) współpracującej z odziałem chorób zakaźnych w zakresie leczenia WZW
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG RTG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, wirusologiczne morfologia krwi z rozmazem) BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE EKG
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WZW TYPU B LUB C IFN ALFA REKOMBINOWANYM	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	lekarzy 2 specjalistów z zakresu chorób zakaźnych; lub 2 lekarzy specjalistów z zakresu transplantologii, w przypadku realizacji programu przez poradnię transplantacyjną
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej lekarzy 2 specjalistów z zakresu chorób zakaźnych; lub przynajmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu transplantologii, w przypadku realizacji programu przez poradnię transplantacyjną
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach leczących WZW
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyzej 2 pielęgniarek z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach leczących WZW
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	Oferent udziela świadczeń w zakresie chorób zakaźnych w oddziale szpitalnym lub w poradni (chorób zakaźnych; hepatologicznej; leczenia wzw, transplantacyjnej) współpracującej z odziałem chorób zakaźnych w zakresie leczenia WZW
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG RTG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, wirusologiczne morfologia krwi z rozmazem) BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE EKG
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WZW TYPU B LUB C IFN ALFA NATURALNYM	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	lekarzy 2 specjalistów z zakresu chorób zakaźnych; lub 2 lekarzy specjalistów z zakresu transplantologii, w przypadku realizacji programu przez poradnię transplantacyjną
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej lekarzy 2 specjalistów z zakresu chorób zakaźnych; lub przynajmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu transplantologii, w przypadku realizacji programu przez poradnię transplantacyjną
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach leczących WZW
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyzej 2 pielęgniarek z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach leczących WZW
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	

wymagane zapewnienie dostępu	Oferent udziela świadczeń w zakresie chorób zakaźnych w oddziale szpitalnym lub w poradni (chorób zakaźnych; hepatologicznej; leczenia wzw, transplantacyjnej) współpracującej z odziałem chorób zakaźnych w zakresie leczenia WZW
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG RTG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, wirusologiczne morfologia krwi z rozmazem) BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE EKG
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WZW TYPU B LAMIWUDYNĄ	
2.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	lekarzy 2 specjalistów z zakresu chorób zakaźnych; lub 2 lekarzy specjalistów z zakresu transplantologii, w przypadku realizacji programu przez poradnię transplantacyjną
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	powyżej lekarzy 2 specjalistów z zakresu chorób zakaźnych; lub przynajmniej 2 lekarzy specjalistów z zakresu transplantologii, w przypadku realizacji programu przez poradnię transplantacyjną
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach leczących WZW
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyzej 2 pielęgniarek z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach leczących WZW
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
2.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane zapewnienie dostępu	Oferent udziela świadczeń w zakresie chorób zakaźnych w oddziale szpitalnym lub w poradni (chorób zakaźnych; hepatologicznej; leczenia wzw, transplantacyjnej) współpracującej z odziałem chorób zakaźnych w zakresie leczenia WZW
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
2.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG RTG BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, wirusologiczne morfologia krwi z rozmazem) BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE EKG
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE IMMUNOSUPRESYJNE MYKOFENOLANEM MOFETYLU lub MYKOFENOLANEM SODU	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarze specjaliści z zakresu transplantologii klinicznej lub z dziedzin pokrewnych (hematologia, nefrologia, kardiologia) mający odpowiednie kwalifikacje w dziedzinie transplantologii,
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	specjalista z zakresu: transplantologii klinicznej, hematologia, nefrologia, kardiologia mający odpowiednie kwalifikacje w dziedzinie transplantologii,
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki zabiegowe z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach transplantacyjnych
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach transplantacyjnych
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	Oferent udziela świadczeń w zakresie opieki po przeszczepie w oddziale szpitalnym lub w poradni współpracującej z oddziałem o profilu transplantologicznym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG Z DOPPLEREM TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, wirusologiczne, bakteriologiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE EKG RTG BADANIA IZOTOPOWE
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE IMMUNOSUPRESYJNE SIROLIMUSEM	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarze specjaliści z zakresu transplantologii klinicznej lub z dziedzin pokrewnych (hematologia, nefrologia, kardiologia) mający odpowiednie kwalifikacje w dziedzinie transplantologii,
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	specjalista z zakresu: transplantologii klinicznej, hematologia, nefrologia, kardiologia mający odpowiednie kwalifikacje w dziedzinie transplantologii,
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki zabiegowe z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach transplantacyjnych
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach transplantacyjnych
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	Oferent udziela świadczeń w zakresie opieki po przeszczepie w oddziale szpitalnym lub w poradni współpracującej z oddziałem o profilu transplantologicznym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu

rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG Z DOPPLEREM TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, wirusologiczne, bakteriologiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE EKG RTG BADANIA IZOTOPOWE
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia
LECZENIE IMMUNOSUPRESYJNE TACROLIMUSEM	
1.1 Wymagania dotyczące personelu	
lekarze (wymaganie minimalne)	2 lekarze specjaliści z zakresu transplantologii klinicznej lub z dziedzin pokrewnych (hematologia, nefrologia, kardiologia) mający odpowiednie kwalifikacje w dziedzinie transplantologii,
pozostali lekarze - kryterium rankingujące	specjalista w dziedzinie: transplantologii klinicznej, hematologia, nefrologia, kardiologia mający odpowiednie kwalifikacje w dziedzinie transplantologii,
pielęgniarki (wymaganie minimalne)	2 pielęgniarki zabiegowe z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach transplantacyjnych
pozostałe pielęgniarki kryterium rankingujące	powyżej 2 pielęgniarek z kilkuletnim stażem pracy w ośrodkach transplantacyjnych
pozostały personel medyczny kryterium rankingujące	psycholog kliniczny
1.2 Organizacja udzielania świadczeń	
wymagane	Oferent udziela świadczeń w zakresie opieki po przeszczepie w oddziale szpitalnym lub w poradni współpracującej z oddziałem o profilu transplantologicznym
wymagane	min 6 godzin - 1 dzień w tygodniu
rankingujące	powyżej 1 dnia w tygodniu
1.3 Wyposażenie oddziału i dostęp do badań diagnostycznych	
wymagane zapewnienie dostępu	USG Z DOPPLEREM TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA BADANIA LABORATORYJNE (biochemiczne, wirusologiczne, bakteriologiczne, morfologia krwi z rozmazem) BADANIE IMMUNOHISTOCHEMICZNE EKG RTG BADANIA IZOTOPOWE
rankingujące	możliwość wykonania badań w miejscu udzielania świadczenia

Załącznik nr 4 do materiałów informacyjnych - SZP

Wymagania wobec pracowni diagnostycznych

WYMAGANIA WOBEC ZAKŁADU MEDYCYNY NUKLEARNEJ

	1 TYP	2 TYP	3 TYP	4 TYP
SPRZĘT		gamma kamera do badania SPECT całego ciała	gamma kamera typ PET (PET-CT)	aparatura dozymetryczna zgodnie z wymaganiami PAA
	miernik dawek	miernik dawek	miernik dawek	miernik dawek
	pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków	pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków	pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków	pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków
ZAKRESY TERAPII IZOTOPOWYCH	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy
	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości
	terapia izotopowa - synowektomii radioizotopowych	terapia izotopowa - synowektomii radioizotopowych	terapia izotopowa - synowektomii radioizotopowych	terapia izotopowa - synowektomii radioizotopowych
				terapia stacjonarna radiofarmacutykami znakowanymi ^{131}I o radioaktywności przekraczającej 1000 MBq (30mCi)
ZAKRES BADAŃ		badania planarne i SPECT	badania tomograficzne PET	badania planarne i SPECT
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU LEKARSKIEGO	specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy pracowni	specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy pracowni	specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy pracowni	specjalista w dziedzinie medycyny nuklearnej zatrudniony w pełnym wymiarze czasu pracy pracowni
INNE WYMAGANIA	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)
	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi
				oddział szpitalny leczenia izotopowego wyposażony w odstoiniki radioizotopowe

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI ULTRASONOGRAFII				
	1 typ	**2 typ**	**3 typ**	**typ specjalistyczny (dla gabinetu lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej)**
SPRZĘT	Głowica : 1) Convwex 3,5 MHZ sektorowa lub mechaniczna. W przypadku badania dzieci głowica brzuszna 5 MHz. 2) Linia: - 5-7 MHZ - >7 MHz do badania sutków	Głowica : 1) Convwex 3,5 MHZ sektorowa lub mechaniczna. W przypadku badania dzieci głowica brzuszna 5 MHz. 2) Linia: - 5-7 MHZ - >7 MHz do badania sutków	Głowica : 1) Convwex 3,5 MHZ sektorowa lub mechaniczna. W przypadku badania dzieci głowica brzuszna 5 MHz. 2) Linia: - 5-7 MHZ - >7 MHz do badania sutków 3) endokawitarna* 4) przystawka/głowica do biopsji głębokich	Głowica : 1) Convwex 3,5 MHZ sektorowa lub mechaniczna. W przypadku badania dzieci głowica brzuszna 5 MHz. 2) Linia: - 5-7 MHZ - >7 MHz do badania sutków 3) endokawitarna dla gabinetów ginekologicznych, 4) specjalistyczna głowica kardiologiczna
ZAKRES BADAŃ	badania jamy brzusznej	1) badania USG w pełnym zakresie, 2) badania USG naczyń (Doppler kolorowy)	1) badania USG w pełnym zakresie, 2) badania USG naczyń (Doppler kolorowy), 3) biopsje powierzchowne, głębokie 4) badania ginekologiczne podstawowe (także Doppler)	1) badania USG w pełnym zakresie dla danej specjalności,
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU LEKARSKIEGO	1) specjalizacja z radiologii i diagnostyki obrazowej lub 2) specjalizacja kierunkowa obejmująca uprawnienia ultrasonograficzne lub 2) certyfikat: PTU, PLTR, towarzystwa naukowego, potwierdzający umiejętność wykonywania badań ultrasonograficznych w danej specjalności,	1) specjalizacja z radiologii i diagnostyki obrazowej lub 2) specjalizacja kierunkowa obejmująca uprawnienia ultrasonograficzne lub 2) certyfikat: PTU, PLTR, towarzystwa naukowego, potwierdzający umiejętność wykonywania badań ultrasonograficznych w danej specjalności,	1) specjalizacja z radiologii i diagnostyki obrazowej lub 2) specjalizacja kierunkowa obejmująca uprawnienia ultrasonograficzne lub 2) certyfikat: PTU, PLTR, towarzystwa naukowego, potwierdzający umiejętność wykonywania badań ultrasonograficznych w danej specjalności, -badania ginekologiczne transwaginalne - ginekolog położnik	1) specjalizacja kierunkowa obejmująca uprawnienia ultrasonograficzne lub 2) certyfikat: PTU, PLTR, towarzystwa naukowego, potwierdzający umiejętność wykonywania badań ultrasonograficznych w danej specjalności, - badania ginekologiczne transwaginalne - ginekolog położnik;

INNE WYMAGANIA	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)

* Wymóg posiadania sond endokawitarnych odnosi się jedynie do przypadków wykonywania badań ginekologicznych

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ

	1 TYP	2 TYP	3 TYP
SPRZĘT	aparat spiralny o skanie do 1,5s /360/ o jednoczesnej akwizycji do dwóch warstw włącznie i zdolności rozdzielczej wysokokontrastowej min. 12 par linii/cm dla skanu 360	aparat spiralny wielowarstwowy (o jednoczesnej akwizycji do 10 warstw włącznie) i zdolności rozdzielczej wysokokontrastowej w osi x,y min. 15 par linii/cm dla skanu 360, średnicą okola min. 70 cm	aparat spiralny wielowarstwowy (o jednoczesnej akwizycji od 16 do 64 warstw submilimetrowych w czasie 1 pełnego obrotu włącznie) i zdolności rozdzielczej izotropowej min 0,8 mm, o czasie skanu 360 max 0,6s, modulacja dawki promieniowania w zależności od badanej anatomii,
		aparat z dodatkową konsolą roboczą (MPR,MIP,CTA,3D SSD, 3D VRT, analiza naczyniowa, wirtualna endoskopia)	aparat z dodatkową konsolą roboczą (MPR,MIP,CTA,3D SSD, 3D VRT, analiza naczyniowa, wirtualna endoskopia)
	strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego	strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego	dwukomorowa strzykawka automatyczna do podania środka kontrastowego sprzężona z aparatem
ZAKRES BADAŃ (PROCEDUR)	badania podstawowe	badania podstawowe i specjalistyczne	badania podstawowe i specjalistyczne, badanie serca wprzypadku aparatów z czasem obrotu nie dłuższym niż 0,4s
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU	nie mniej niż 1 lekarz ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej, nie mniej niż 1 technik RTG	nie mniej niż 2 lekarzy ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej, nie mniej niż 4 techników RTG	nie mniej niż 4 lekarzy ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej, nie mniej niż 8 techników RTG
MINIMALNE DOŚWIADCZENIE KLINICZNE	liczba badań wykonywanych rocznie - min. 2 000	liczba badań wykonywanych rocznie - min. 5 000	liczba badań wykonywanych rocznie - min. 10 000
INNE WYMAGANIA	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)
	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi
	możliwość wykonania badania w znieczuleniu ogólnym	możliwość wykonania badania w znieczuleniu ogólnym	możliwość wykonania badania w znieczuleniu ogólnym

BADANIA PODSTAWOWE	TK głowy, przestrzenne,międzykręgowe,HRCT, przeglądowe jamy brzusznej, miednicy, rekonstrukcja 2-D
BADANIA SPECJALISTYCZNE	badanie jamy brzusznej wielofazowe i dynamiczne,wirtualna endoskopia, perfuzja,, angio TK, kolonografia wirtualna, ekonstrukcja 2-3D

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ		
	1 TYP - DIAGNOSTYCZNY	**2 TYP - TERAPEUTYCZNY**
SPRZĘT	aparat z cyfrową rejestracją obrazu	aparat z cyfrową rejestracją obrazu z opcją road mapping i pomiarową zgodnie z przeznaczeniem klinicznym
	strzykawka automatyczna	strzykawka automatyczna
		aparat do znieczulenia ogólnego
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU	nie mniej niż 1 lekarz ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej	nie mniej niż 1 lekarz ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej
INNE WYMAGANIA	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi
	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI RTG OGÓLNEJ			
	1 TYP	**2 TYP**	**3 TYP**
SPRZĘT	statyw płucny	statyw płucny	statyw płucny
	stół kostny	stół kostny	stół kostny
		ścianka do prześwietleń lub aparat zdalnie sterowany (telekomando)	ścianka do prześwietleń lub aparat zdalnie sterowany (telekomando) aparat przyłóżkowy
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU LEKARSKIEGO	nie mniej niż 1 lekarz ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej	nie mniej niż 1 lekarz ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej	nie mniej niż 1 lekarz ze specjalizacją z radiologii i diagnostyki obrazowej
INNE WYMAGANIA	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania). W przypadku badań cyfrowych wynik w postaci elektronicznej w celach archiwizacji.	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania). W przypadku badań cyfrowych wynik w postaci elektronicznej w celach archiwizacji.

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO

	1 TYP	2 TYP	3 TYP	4 TYP
SPRZĘT	min 10 mT/m	min15 mT/m	min 25 mT/m, 1.0 T	min 25 mT/m, 1,5 T
			strzykawka automatyczna	strzykawka automatyczna
ZAKRESY BADAŃ (PROCEDUR)	badania podstawowe	badania podstawowe i specjaklistyczne	badania podstawowe i specjalistyczne, czynnościowe	badania podstawowe i specjalistyczne, spektroskopia, czynnościowe mózgu, badania serca
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU	specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej	specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej
	technik RTG	technik RTG	technik RTG	technik RTG
INNE WYMAGANIA	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)
	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi	zgodność z obowiązującymi normami prawnymi

BADANIA PODSTAWOWE	badanie obszaru anatomicznego bez kontrastu lub z kontrastem
BADANIA SPECJALISTYCZNE	dyfuzja, perfuzja , angiografia z użyciem kontrastu,

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI ENDOSKOPII PRZEWODU POKARMOWEGO

	I TYP PRACOWNIA ENDOSKOPII DIAGNOSTYCZNEJ	II TYP SPECJALISTYCZNA PRACOWNIA ENDOSKOPOWA	III TYP SPECJALISTYCZNA PRACOWNIA ENDOSKOPII ZABIEGOWEJ
SPRZĘT	2 gastroskopy	3 gastroskopy	4 gastroskopy
	2 kolonoskopy - w przypadku świadczenia usług kolonoskopowych	2 kolonoskop	3 kolonoskopy
		2 duodenoskopy - w przypadku świadczeń w zakresie ECPW	3 duodenoskopy
	wyłącznie automatyczne mycie i dezynfekcja endoskopów - min. 1 stanowisko	wyłącznie automatyczne mycie i dezynfekcja endoskopów - min. 1 stanowisko	wyłącznie automatyczne mycie i dezynfekcja endoskopów - min. 2 stanowiska
	1 myjka ultradźwiękowa	1 myjka ultradźwiękowa	1 myjka ultradźwiękowa
		min. 1 diatermia min. 2 diatermie - w przypadku świadczeń w zakresie ECPW	min. 2 diatermie
		aparat rtg lub dostęp do niego w przypadku świadczeń w zakresie ecpw	aparat RTG lub dostep do niego
		jeżeli wykonywane są zabiegi w znieczuleniu (sedacji) dożylnym to: konieczny sprzęt anestezjologiczny resuscytacyjny i odpowiednie leki oraz konieczne: źródło tlenu, defibrylator, monitor wielofunkcyjny, możliwość wentylacji zastępczej (ambu), ssak	jeżeli wykonywane są zabiegi w znieczuleniu (sedacji) dożylnym to: konieczny sprzęt anestezjologiczny resuscytacyjny i odpowiednie leki oraz konieczne: źródło tlenu, defibrylator, monitor wielofunkcyjny, możliwość wentylacji zastępczej (ambu), ssak
KWALIFIKACJE PERSONELU LEKARSKIEGO	min. 1 lekarz specjalista:gastroenterolog, chorób wewnetrznych, chirurg lub pediatra	min. 1 stanowisko do znieczulania ogólnego - w przypadku świadczeń w zakresie ECPW - min. 1 lekarz specjalista gastroenterolog - lekarze specjaliści: chorób wewnętrznych, chirurgii lub pediatrii	min. 1 stanowisko do znieczulania ogólnego - min. 1 lekarz specjalista gastroenterolog - lekarze specjaliści: chorób wewnętrznych, chirurgii lub pediatrii
	potwierdzenie kwalifikacji do wykonywania endoskopii wg systemu opracowanego przez konsultanta krajowego i PTG	potwierdzenie kwalifikacji do wykonywania endoskopii wg systemu opracowanego przez konsultanta krajowego i PTG	potwierdzenie kwalifikacji do wykonywania endoskopii wg systemu opracowanego przez konsultanta krajowego i PTG
	kurs dla pielęgniarek endoskopowych	kurs dla pielęgniarek endoskopowych	kurs dla pielęgniarek endoskopowych
MINIMALNE DOŚWIADCZENIE KLINICZNE W	min. 1 000 badań endoskopowych rocznie	min. 1 200 badań diagnostycznych i min. 300 badań terapeutycznych rocznie (przy wykonywaniu EPCW min. 100 zabiegów rocznie)	min. 2 000 badań diagnostycznych i min. 500 badań zabiegowych rocznie (w tym min. 200 zabiegów EPCW)
INNE WYMAGANIA	komputerowy system rejestracji i statystyki	komputerowy system rejestracji i statystyki	komputerowy system rejestracji i statystyki
		dokumentacja obrazowa	dokumentacja obrazowa z archiwizacjakomputerowa
	min. 1 gabinet badań endoskopowych	min. 2 gabinety badań endoskopowych (w przypadku świadczeń w zakresie ECPW - min. 3 gabinety)	min. 3 gabinety badań endoskopowych
		min. 1 stanowisko do znieczulania ogólnego - w przypadku świadczeń w zakresie ECPW	min. 1 stanowisko do znieczulania ogólnego - w przypadku świadczeń w zakresie ECPW
	wydzielone pomieszczenie do mycia i dezynfekcji endoskopów	wydzielone pomieszczenie do mycia i dezynfekcji endoskopów	wydzielone pomieszczenie do mycia i dezynfekcji endoskopów
	dopuszczone wyłącznie badania diagnostyczne w trybie postępowania: - ambulatoryjnego - jednodniowego - szpitalnego	badania diagnostyczne w trybie postępowania: - ambulatoryjnego - jednodniowego - szpitalnego zabiegi terapeutyczne w trybie postępowania: - jednodniowego - szpitalnego	badania diagnostyczne w trybie postępowania: - ambulatoryjnego - jednodniowego - szpitalnego zabiegi terapeutyczne w trybie postępowania: - jednodniowego - szpitalnego
	zagwarantowany dostęp do: - sterylizacji (narzędzia endoskopowe) - pracowni histopatologii	zagwarantowany dostęp do: - sterylizacji (narzędzia endoskopowe) - pracowni histopatologii - laboratorium - USG - RTG	zagwarantowany dostęp do: - sterylizacji (narzędzia endoskopowe) - pracowni histopatologii - laboratorium - USG - RTG

INNE WYMAGANIA	zakras gwarantowanych konsultacji: - anestezjolog	zakras gwarantowanych konsultacji: - anestezjolog - radiolog - chirurg - lekarz chorób wewnętrznych - pediatra (jeżeli są wykonywane badania u dzieci)	zakras gwarantowanych konsultacji: - anestezjolog - radiolog - chirurg - lekarz chorób wewnętrznych - pediatra (jeżeli są wykonywane badania u dzieci)
		w trybie postępowania jednodniowego zapewnienie możliwości przeniesienia chorego do właściwego oddziału szpitalnego w sytuacjach wymagających hospitalizacji	w trybie postępowania jednodniowego zapewnienie możliwości przeniesienia chorego do właściwego oddziału szpitalnego w sytuacjach wymagających hospitalizacji

* w roku 2007 obejmują spełnienie jednego z kryteriów:
- posiadanie specjalizacji z gastroenterologii
- posiadanie dyplomu umiejetności PTG
- potwierdzenie Zarządu PTG o złożeniu "Wniosku o przyznanie Dyplomu PTGE" określonego Uchwałą PTG nr 2/06/2006

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI BRONCHOSKOPII		
	I typ	**II typ**
SPRZĘT	3 bronchoskopy	5 bronchoskopów (w tym 1 o małej i 1 o dużej średnicy - kanał roboczy od 2,6 mm)
	myjki półautomatyczne	myjki automatyczne
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU LEKARSKIEGO	specjalista pulmonolog	specjalista pulmonolog
	specjalista z chirurgii klatki piersiowej	specjalista z chirurgii klatki piersiowej
	specjalista chorób wewnetrznych/ pediatrii po odbytym szkoleniu w ośrodku referencyjnym	specjalista chorób wewnetrznych/ pediatrii po odbytym szkoleniu w ośrodku referencyjnym
INNE WYMAGANIA	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)
	wydzielone pomieszczenie do mycia i dezynfekcji endoskopów	wydzielone pomieszczenie do mycia i dezynfekcji endoskopów
	zagwarantowany dostęp do: - sterylizacji (narzędzia endoskopowe) - pracowni histopatologii	zagwarantowany dostęp do: - sterylizacji (narzędzia endoskopowe) - pracowni histopatologii
		w trybie postępowania jednodniowego zapewnienie możliwości przeniesienia chorego do właściwego oddziału szpitalnego w sytuacjach wymagających hospitalizacji

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ

	1 TYP	2 TYP	PROFILOWE
MINIMALNY ZAKRES WYKONYWANYCH BADAŃ	hematologia	hematologia	laboratoria, pracownie wykonujące wąski, określony profil badań specjalistycznych (np. hormony, fenotypizacja, markery onkologiczne, autoprzeciwciała)
	koagulologia	koagulologia	
	analityka ogólna	analityka ogolna	
	biochemia	biochemia	
		jonogramy	
		gazometria	
		immunochemia	
		monitorowanie poziomu leków	
SPRZĘT	sprzęt i środki badawcze są adekwatne do proponowanej oferty badań i powinny być zgodne z aktualną księgą dla urządzeń dla środków badawczych. sprzęt i środki badawcze są zgodne z aktualnym stanem wiedzy i postępem technicznym.	sprzęt i środki badawcze są adekwatne do proponowanej oferty badań i powinny być zgodne z aktualną księgą dla urządzeń dla środków badawczych. sprzęt i środki badawcze są zgodne z aktualnym stanem wiedzy i postępem technicznym.	sprzęt i środki badawcze są adekwatne do proponowanej oferty badań i powinny być zgodne z aktualną księgą dla urządzeń dla środków badawczych. sprzęt i środki badawcze są zgodne z aktualnym stanem wiedzy i postępem technicznym.
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU WYŻSZEGO	diagnosta laboratoryjny posiadający I -wszy stopień specjalizacji z analityki klinicznej		diagnosta laboratoryjny posiadający I -wszy stopień specjalizacji adekwatnej do zakresu wykonywanych badań
INNE WYMAGANIA	udokumentowana kontrola wewnątrzlaboratoryjna jakości badań	udokumentowana kontrola wewnątrzlaboratoryjna jakości badań	udokumentowana kontrola wewnątrzlaboratoryjna jakości badań
	uczestnictwo w kontrolach zewnątrzlaboratoryjnych	uczestnictwo w kontrolach zewnątrzlaboratoryjnych	uczestnictwo w kontrolach zewnątrzlaboratoryjnych
	laboratorium posiada program działań naprawczych	laboratorium posiada program działań naprawczych	laboratorium posiada program działań naprawczych
	laboratorium posiada wykaz stosowanych metod analitycznych	laboratorium posiada wykaz stosowanych metod analitycznych	laboratorium posiada wykaz stosowanych metod analitycznych
	laboratorium ma opracowane zasady pobierania, przechowywania oraz transportu materiału oraz prowadzi szkolenie w tym zakresie	laboratorium ma opracowane zasady pobierania, przechowywania oraz transportu materiału oraz prowadzi szkolenie w tym zakresie	laboratorium ma opracowane zasady pobierania, przechowywania oraz transportu materiału oraz prowadzi szkolenie w tym zakresie
	laboratorium posiada listę wykonywanych badań, tryb ich wykonywania oraz zakresy wartości prawidłowych	laboratorium posiada listę wykonywanych badań, tryb ich wykonywania oraz zakresy wartości prawidłowych	laboratorium posiada listę wykonywanych badań, tryb ich wykonywania oraz zakresy wartości prawidłowych
	wynik badania wydawany przez laboratorium jest autoryzowany przez diagnostę laboratoryjnego	wynik badania wydawany przez laboratorium jest autoryzowany przez diagnostę laboratoryjnego	wynik badania wydawany przez laboratorium jest autoryzowany przez diagnostę laboratoryjnego
	prowadzenie dokumentacji i archiwizacji danych pacjenta w sposób zapewniający ochronę danych osobowych	prowadzenie dokumentacji i archiwizacji danych pacjenta w sposób zapewniający ochronę danych osobowych	prowadzenie dokumentacji i archiwizacji danych pacjenta w sposób zapewniający ochronę danych osobowych

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI ELEKTROFIZJOLOGII WZROKU

1. PERSONEL PRACOWNI

- lekarz specjalista okulista

lub lekarz specjalista okulista i technik

a) lekarz oceniający i wykonujący badania elektrofizjologiczne jest specjalistą w zakresie okulistyki i ukończył przynajmniej krajowy kurs z elektrodiagnostyki siatkówki i dróg wzrokowych,

b) lekarz oceniający i wykonujący badania elektrofizjologiczne posiada publikacje z zakresu elektrofizjologii klinicznej w recenzowanych czasopismach krajowych lub zagranicznych ,

c) technik wykonujący badania ukończył przynajmniej krajowy kurs z elektrodiagnostyki siatkówki i dróg wzrokowych

d) pracownia współpracuje z inżynierem biomedycznym posiadającym umiejętność przeprowadzenia okresowych przeglądów i kalibracji sprzętu zgodnie z zaleceniami Międzynarodowego Stowarzyszenia Klinicznej Elektrofizjologii Widzenia (ISCEV)

2. WYMAGANE WYPOSAŻENIE APARATUROWO-SPRZĘTOWE :

a) pomieszczenie oraz urządzenie do badań elektrofizjologicznych umożliwiające wykonywanie badań :

- EOG ,
- FERG,
- PERG,
- mfERG,
- PVEP,
- FVEP

zgodnie z zaleceniami ISCEV.

b) pracownia posiada własne normy laboratoryjne wyżej wymienionych badań.

3. WYMAGANE OPINIE DOTYCZĄCE PRACOWNI

Pracownia musi posiadać opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie okulistyki.

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI ANGIOGRAFII OKULISTYCZNEJ	
SPRZĘT	* tablica do sprawdzania ostrości wzroku do dali i bliży * kaseta szkieł próbnych * oprawka okularowa * lampa szczelinowa * soczewka Volka * funduskamera (z możliwością cyfrowej obróbki danych) * wyposażenie dodatkowe (drobny spręt medyczny)
ZAKRESY PROCEDUR DIAGNOSTYCZNYCH	**I. angiografia fluoresceinowa** - diagnostyka patologii krążenia siatkówkowo-naczyniówkowego oraz patologii dotyczących siatkówki i naczyniówki obejmująca: Zwyrodnienia i dystrofie plamki żółtej i naczyniówki Chorby siatkówki pochodzenia naczyniowego Guzy siatkówki Stany zapalne naczyniówki Nowotwory naczyniówki Choroby i anomalie tarczy nerwu wzrokowego. **II. angiografia indocyjaninowa** - diagnostyka krążenia naczyniówkowego oraz patologii dotyczących naczyniówki obejmujaca: Zwyrodnienia i dystrofie plamki żółtej Choroby naczyniówki pochodzenia naczyniowego Choroby naczyniówki o etiologii zapalnej Znamiona i nowotwory naczyniówki Choroby naczyniówki i siatkówki
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU	* specjalista chorób oczu z doświadczeniem w wykonywaniu i ocenie angiografii narządu wzroku * pielęgniarka po przeszkoleniu do współpracy przy wykonywaniu badania
INNE WYMAGANIA	program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania)

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI ECHOKARDIOGRAFICZNEJ KWALIFIKUJĄCEJ DZIECI DO OPERACJI KARDIOCHIRURGICZNYCH	
SPRZĘT	*Echokardiograf z obrazowaniem:M-mode,2D;Doppler z kolorowym obrazowaniem przepływu,pulsacyjny,ciągły. Głowice z zakresem częstotliwości dostosowanej do diagnostyki noworodków, niemowląt,dzieci i młodzieży. *Komputer z drukarką *Sprzęt audiowizulany celem prezentacji badania echo w trakcie konsylium (komputer lub magnetowid VHS, rzutnik multimedialny) *Klimatyzacja w pracowni echokardiograficznej
ZAKRESY BADAŃ (PROCEDUR)	*Kwalifikacja w trybie ambulatoryjnym do leczenia kardiochirurgicznego lub kardiologicznego leczenia inwazyjnego dzieci z wrodzonymi wadami serca *Wykonanie badania echokardiograficznego , przygotowanie dokumentacji do konsylium kardiologiczno-kardiochirurgicznego, omówienie przypadku i podjęcie decyzji (konsylium kardiologiczno-kardiochirurgiczne), omówienie wyników konsylium z rodzicami. -Dokumentacja niezbędna do rozliczenia procedury obejmuje: opis badania echokardiograficznego, raport z konsylium kardiologiczno-kardiochirurgicznego opartego na przeprowadzonym badaniu echokardiograficznym z odnotowaną decyzją o dalszym postępowaniu. Każde badanie musi być zarejestrowane na kasecie video lub nośniku elektronicznym, możliwe do odtworzenia w każdej chwili.
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU	*Badania echokardiograficzne: a/ lekarz echokardiografista (II stopień specjalizacji z pediatrii i kardiologii dziecięcej) b/ technik medyczny. *Konsylium: czterech lekarzy: kardiolog (II stopień specjalizacji z pediatrii i kardiologii lub kardiologii dziecięcej), echokardiografista (II stopień specjalizacji z pediatrii i kardiologii lub kardiologii dziecięcej), kardiochirurg, kardiolog inwazyjny (II stopień specjalizacji z pediatrii i kardiologii lub kardiologii dziecięcej). c/ Omówienie wyników z rodzicami: 2 lekarzy:kardiolog, kardiochirurg.
INNE WYMAGANIA	*program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania) *lokalizacja pracowni ultrasonografii w ośrodku gdzie znajduje się pracownia hemodynamiczna wykonująca procedury kardiologii interwencyjnej u dzieci i/lub klinika/oddział kardiochirurgii dziecięcej

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI USG W OŚRODKU PRENATALNEJ DIAGNOSTYKI KARDIOLOGICZNEJ	
SPRZĘT	*Echokardiograf z obrazowaniem:M-mode,2D;Doppler z kolorowym obrazowaniem przepływu,pulsacyjny,ciągły. Wyposażenie USG w 3 sondy:convexowa, sektorowa kardiologiczna,dopochwowa. *Komputer z drukarką *Zabezpieczenie możliwości rejestracji badania na kasecie video lub nosniku elektronicznym(twardym dysku aparatu, następnie na twardym dysku stacji roboczej i zachowanie na płycie CD lu DVD) *Klimatyzacja w pracowni echokardiograficznej
ZAKRESY BADAŃ (PROCEDUR)	Badanie echokardiograficzne płodu obejmuje: * położniczą ocenę ciąży:liczba płodów,położenie,biometria * ocenę wszystkich narządów płodu * ocenę ultrasonograficznych wskaźników aberracji chormosomowych * ocenę przepływó położniczych * ocenę anatomii serca zgodnie z zasadą analizy sekwencyjne * ocene przepływów kardiologicznych * ocene rytmu serca * ocenę funkcji serca
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU	Lekarz z doświadczeniem w zakresie kardiologii prenatalnej posiadający certyfikat Sekcji Echokardiografii i Kardiologii Prenatalnej PTU
INNE WYMAGANIA	*program archiwizacji danych pacjenta w systemie komputerowym (PESEL, data, rodzaj badania) *pracownia ultrasonografii zlokalizowana w ośrodku prenatalnej diagnostyki kardiologicznej, działającego w ramach szpitala położniczo-ginekologicznego lub referencyjnego ośrodka kardiologicznego lub w ośrodku nie będącym szpitalem, ale gwarantującym zabezpieczenie świadczeń w ośrodku perinatologicznym III stopnia, jak i w ośrodku kardiologii i kardiochirurgii dziecięcej.

WYMAGANIA WOBEC PRACOWNI PRÓB WYSIŁKOWYCH

Wyposażenie sprzętowo-aparaturowe pracowni prób wysiłkowych

1. Ruchoma bieżnia elektryczna oraz cykloergometr rowerowy
2. System analizy komputerowej spełniający następujące kryteria:

- automatyczne sterowanie obciążeniem cykloergometru, bieżni,
- rejestracja i obserwacja na monitorze sygnału EKG ze wszystkich 12 odprowadzeń,
- możliwość definicji własnych protokołów,
- rejestracja oraz obserwacja uśrednionych zespołów P-QRS-T ze wszystkich 12 odprowadzeń,
- automatyczne wyznaczanie punktów pomiarowych z możliwością ręcznej korekty,
- rejestracja i obserwacja aktualnej częstości rytmu serca,
- prezentacja parametrów dotyczących: fazy badania, bieżącego obciążenia, czasu etapu, całkowity czas wysiłku,
- kontrola MHR (maksymalnej dla wieku częstości akcji serca),
- obserwacja %MHR,
- wydruk EKG w czasie rzeczywistym,
- rejestracja i obserwacja wartości MET (metaboliczny ekwiwalent),
- rejestracja i obserwacja wartości RPP (produkt podwójny),
- funkcja alarmów,
- archiwizacja i wydruk raportu umożliwiającego wiarygodną ocenę badania (raport taki zawiera zapis EKG, uśrednione zespoły P-QRS-T oraz tabelę z wynikami pomiarów),
- wykonywanie elektrokardiogramów spoczynkowych: 3, 6 i 12 kanałowych w trybie automatycznym i manualnym. Obsługa: klawiatura z myszką lub opcjonalnie ekran dotykowy,

3. Zestaw do reanimacji – w tym defibrylator.

Personel pracowni:

- specjalista kardiolog lub specjalista chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z kardiologii,
- pielęgniarka.

Uwaga: zgodnie ze standardem PTK wynik badania powinien zawierać następujące elementy:

- czas trwania wykonywanego wysiłku,
- iloczyn maksymalnej częstości rytmu serca i maksymalnego skurczowego ciśnienia tętniczego,
- objawy kliniczne, które wystąpiły u pacjenta podczas próby,
- zmiany w zapisie EKG,
- wygląd obniżenia odcinka ST – jeśli wystąpiło,
- obecność czynników, które mogły wpłynąć na zmiany EKG w trakcie próby wysiłkowej,
- wystąpienie innych nieprawidłowych reakcji na wysiłek poza zmianami w EKG.

załącznik nr 5 do materiałów informacyjnych - SZP

.....

pieczątka Oferenta

Oświadczam, iż osoby wskazane w ofercie do udzielania świadczeń w ....., w oferowanych dniach i godzinach nie będą udzielały świadczeń w innej jednostce organizacyjnej naszego zakładu ani też w innym podmiocie.

....

data i miejsce czytelny podpis i imienna pieczątka*

* Oświadczenie składa i podpisuje osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.

Świadczenie opieki zdrowotnej w trybie jednodniowym – zasady i warunki realizacji

1. **Określenie**
   1) postępowanie w trybie jednodniowym jest świadczeniem opieki zdrowotnej realizowanym przez personel medyczny o kwalifikacjach i w liczbie niezbędnej do jego wykonania, którego celem jest przeprowadzenie u pacjenta z rozpoznaną jednostką chorobową, określonego postępowania leczniczego lub diagnostycznego w trybie planowym w trakcie pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej;
   2) świadczenie opieki zdrowotnej w trybie jednodniowym jest realizowane funkcjonalnie jako leczenie „jednego dnia” w określonej dziedzinie medycyny zgodnie z wpisem do rejestru ZOZ i resortowym kodem identyfikacyjnym (w części IX i X systemu).

2. **Organizacja udzielania świadczeń w trybie jednodniowym**
   1) świadczenia w trybie jednodniowym mogą być realizowane jako świadczenia zabiegowe i niezabiegowe;
   2) świadczeniodawca udzielający świadczeń zabiegowych, zapewnia wykonanie świadczeń w sali operacyjnej lub zabiegowej oraz nadzór w sali obserwacyjnej, a w przypadku stosowania znieczulenia ogólnego, musi dodatkowo posiadać salę wybudzeń;
   3) stanowisko nadzoru w sali obserwacyjnej powinno być wyposażone w:
      a) źródło tlenu, powietrza i próżni;
      b) aparat do pomiaru ciśnienia krwi;
      c) monitor EKG;
      d) pulsoksymetr;
   4) w przypadkach powikłanych, świadczeniodawca zapewnia możliwość przeniesienia chorego do właściwego oddziału szpitalnego w sytuacjach wymagających hospitalizacji, potwierdzoną stosownym porozumieniem między zakładami (w przypadku wyodrębnionych zakładów);
   5) warunki lokalowe, umeblowanie i wyposażenie zapewniają odpowiedni standard realizacji i zapewniają poczucie bezpieczeństwa dla pacjenta;
   6) pokój pobytu pacjentów jest wyposażony w zależności od profilu, w:
      a) łóżka lub

   b) częściowo w łóżka, a częściowo w fotele wypoczynkowe;
7) pokoje pobytu dzieci powinny być wyposażone, poza miejscami z zabawkami dla dzieci, w fotele dla opiekunów;
8) świadczeniodawca zapewnia:
   a) pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów i osób towarzyszących, przy czym co najmniej jedna kabina ustępowa z umywalką powinna być dostępna dla pacjentów niepełnosprawnych na wózkach inwalidzkich;
   b) poczekalnię z szatnią dla pacjentów i osób towarzyszących;
9) w zależności od organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w trybie jednodniowym, pobyt pacjenta pod opieką lekarską i pielęgniarską, kończy się tego samego lub następnego dnia.

3. **Zasady postępowania w trybie jednodniowym**

1) leczenie musi być zaplanowane wcześniej z ustaleniem terminu przyjęcia, skojarzonego z możliwościami wykonania konsultacji i badań, z zastrzeżeniem przepisu ust. 1 pkt 2;
2) pacjent, a w przypadku dzieci opiekun prawny, jest poinformowany o proponowanym trybie wykonywanych badań diagnostycznych lub proponowanym procesie terapeutycznym;
3) pacjent otrzymuje zrozumiałą informację w formie pisemnej dotyczącą pobytu i leczenia;
4) w przypadku konieczności wielokrotnych pobytów (w okresie 14 dni od dnia wypisu) uwarunkowanych wykonaniem tej samej procedury medycznej u tego samego pacjenta, lub kontynuacją wdrożonego postępowania diagnostyczno – terapeutycznego u tego samego pacjenta płatnik będzie traktował i finansował cykl procedur jako świadczenie jednorazowe (nie dotyczy światłolecznictwa);
5) przepis pkt. 4 nie dotyczy chemioterapii oraz świadczeń, na których wykonanie świadczeniodawca uzyskał zgodę dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
6) w przypadku realizacji w trybie jednodniowym świadczeń z zakresu chemioterapii sprawozdaniu i rozliczeniu podlegają poszczególne osobodni, w trakcie których stosowane są leki przeciwnowotworowe.

4. **Zakres świadczenia**
   1) przygotowanie i zakwalifikowanie pacjenta do wykonania świadczenia (w tym niezbędne konsultacje i badania diagnostyczne) z wyłączeniem badań potwierdzających wstępne rozpoznanie;
   2) przyjęcie pacjenta i przeprowadzenie określonych procedur diagnostyczno – terapeutycznych, a w przypadkach tego wymagających także zastosowanie właściwego znieczulenia;
   3) nadzór nad pacjentem (obserwacja) lub ewentualną hospitalizację pacjenta trwające nie dłużej niż wymaga tego stan zdrowia pacjenta wraz z konieczną dodatkową diagnostyką;
   4) świadczenie w trybie jednodniowym obejmuje zastosowanie leków i wyrobów medycznych zgodnie z odpowiednim katalogiem świadczeń, w przypadku chemioterapii zastosowanie przynajmniej 1 leku w długotrwałym wlewie dożylnym a także postępowanie osłaniające, a w przypadku pobytów trwających ponad 4 godziny, również napoje i wyżywienie;
   5) wizyty kontrolne, wykonywane w ramach porad lekarskich, przeprowadzane w zakładzie lub w razie potrzeby w domu pacjenta w ciągu 7 dni od wypisu po przeprowadzeniu procesu diagnostyczno – terapeutycznego lub wykonaniu procedury zabiegowej, związanej z rozpoznaniem stanowiącym o jej wykonaniu. W przypadku wykonania świadczeń, których elementem jest potrzeba chirurgicznego zaopatrzenia ran, świadczenie obejmuje wszystkie wizyty kontrolne aż do usunięcia szwów.

5. **Dokumentacja medyczna**
   1) cały proces diagnozowania i leczenia zapisany jest w odpowiedniej dokumentacji wypełnianej na bieżąco (dokumentacja prowadzona na nośnikach elektronicznych – system informatyczny);
   2) wzory dokumentacji medycznej dla świadczeń w trybie jednodniowym są zawarte w załącznikach: 6a, 6b, 6c, 6d (w przypadku świadczeń zabiegowych), 6c – strona 1, 6d (w przypadku świadczeń niezabiegowych);
   3) w przypadku realizacji w trybie jednodniowym świadczeń z zakresu chemioterapii historię choroby jak i kartę informacyjną należy sporządzać łącznie dla wszystkich osobodni niezbędnych do podania leków opisanych w definicji schematu chemioterapii.

załącznik nr 6a do materiałów informacyjnych - SZP

.....

pieczęć świadczeniodawcy

Oświadczenie pacjenta

ŚWIADOMA ZGODA NA OPERACJĘ W TRYBIE JEDNODNIOWYM

Nr Księgi Głównej..... / ....

Nazwisko i imię ..... Data urodzenia .....

Rozpoznanie: .....

Proponowany zabieg operacyjny: .....

.....

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

Podpis lekarza operującego: .....

Oświadczenie pacjenta:

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne.
- Zgadzam się na operację w znieczuleniu ogólnym/przewodowym w trybie jednodniowym.
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
- Stwierdzam, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji.

Ewentualne uwagi pacjenta: .....

.....

.....

...../...../..... .....

data podpis i pieczęć lekarza

.....

podpis pacjenta

załącznik nr 6b do materiałów informacyjnych - SZP

.....
pieczęć świadczeniodawcy

KARTA KWALIFIKACYJNA
DO ZABIEGU OPERACYJNEGO W TRYBIE JEDNODNIOWYM

Nr identyfikacyjny w ....., dn. .....

Nazwisko i imię .....

Data urodzenia .....

Adres.....
.....

Telefon .....

WYWIAD: .....
.....
.....
.....
Masa ciała: ..... Wzrost.....

BADANIE PRZEDMIOTOWE: .....
.....
.....
.....
.....
STAN MIEJSCOWY: .....
.....
.....
.....

ROZPOZNANIE: .....

PLANOWANY ZABIEG: .....
.....

Aktualne szczepienia przeciw WZW B (przynajmniej 2 x) □

Pacjent w klasie ASA:

I	II	III	IV	V

Uwaga: Klasa I: Pacjent ogólnie zdrowy
Klasa II: Pacjent z łagodnym schorzeniem systemowym, które nie ma wpływu na znieczulenie

Pacjent w klasie II wymaga dodatkowej konsultacji anestezjologa

KRYTERIA WYKLUCZAJĄCE Z OPERACJI W TRYBIE JEDNODNIOWYM

	TAK	NIE
• klasa ASA 3,4,5	☐	☐
• choroby krwi, skazy krwotoczne	☐	☐
• choroby metaboliczne (cukrzyca)	☐	☐
• aktywne zakażenie (szczeg. dróg oddechowych)	☐	☐
• niezdiagnozowana lub nie skorygowana wada serca	☐	☐
• drgawki w wywiadzie w ostatnich 6 miesiącach	☐	☐
• przewidywany czas operacji > 60 min.	☐	☐
• hypertermia złośliwa w wywiadzie rodzinnym	☐	☐
• zabiegi z otwarciem jam ciała *	☐	☐
• zwiększone ryzyko krwawienia pooperacyjnego	☐	☐

Pacjent kwalifikuje się do zabiegu w trybie jednodniowym	☐	☐
Pacjent kwalifikuje się wyłącznie do operacji z hospitalizacją	☐	☐

Pacjent otrzymał prospekt informacyjny dotyczący operacji, znieczulenia oraz przygotowania do zabiegu i opieki pooperacyjnej.	☐	☐

....
data podpis i pieczątka lekarza kwalifikującego do zabiegu

Ewentualne uwagi lekarza anestezjologa:

.....
.....
.....
……

....
data podpis lekarza anestezjologa

załącznik nr 6c do materiałów informacyjnych - SZP

.....
pieczęć świadczeniodawcy

HISTORIA CHOROBY
PACJENTA LECZONEGO W TRYBIE JEDNODNIOWYM

Nr identyfikacyjny ....., dn. .....

Nazwisko i imię .....

PESEL | | | | | | | | | | |

Adres

.....

ROZPOZNANIE: .....KOD ICD-10 .....

.....
.....

RODZAJ ZABIEGU:
.....

.....KOD ICD-9-CM.....

Masa ciała ..... Wzrost..... Ciepłota .....

WYWIAD I BADANIE PRZEDMIOTOWE BEZPOŚREDNIO PRZED ZABIEGIEM
.....
.....
.....

Zlecona premedykacja:
.....

.....

Premedykację podano o godz.: ……..... podpis pielęgniarki .....

OPIS ZABIEGU
Oper. ..... Asys. ..... Anest. .....

.....
.....

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

UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU ZNIECZULENIA

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

.....
podpis anestezjologa

Czas trwania zabiegu od godz. ……..... do godz. …..... = ... minut

OBSERWACJE NA SALI WYBUDZEŃ Godzina przyjęcia: .....

Ciśnienie tętnicze	Tętno	Oddech	Saturacja	Temperatura

OBSERWACJE I UWAGI

STAN PO PRZYJĘCIU	**Godzina**	**X**	**INTERWENCJE**	
Zatrzymanie krążenia			Resuscytacja	
Nieprzytomny				
Otwiera oczy na ból				
Otwiera oczy na głos			Płyny dożylne (rodzaj, objętość)	
Przytomny			Tlenoterapia (minimalna saturacja)	
Zaburzenia oddychania			Reintubacja (godzina)	
Duszność			Sterydy iv. (rodzaj, dawka)	
Stridor			Paracetamol	
Dreszcze			Metoclopramid	
Pobudzenie			Sedacja	
Wymioty			Opiaty (rodzaj, dawka)	
Ból w ranie			Naloxon	

Uwagi pielęgniarki sali wybudzeń: .....

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

podpis pielęgniarki .....

OCENA PACJENTA PRZED WYPISEM Godzina .....

Ciśnienie tętnicze	Tętno	Oddech	Saturacja	Temperatura

Odpowiedź NIE uniemożliwia wypis	**TAK**	**NIE**
Pełny powrót świadomości	□	□
Powrót odruchów obronnych (przełykanie, kaszel)	□	□
Powrót czynności motorycznych i normalnych zachowań	□	□

Odpowiedź **TAK** uniemożliwia wypis

	NIE	TAK
Nieprawidłowe parametry (ciśn. krwi, tętno)	□	□
Powikłania w czasie zabiegu	□	□
Niespodziewane przedłużenie zabiegu	□	□
Krwawienie pooperacyjne	□	□
Zaburzenia oddychania	□	□
Stridor	□	□
Nudności lub wymioty	□	□

WNIOSKI Z OBSERWACJI POOPERACYJNEJ W SALI WYBUDZEŃ

Pacjent kwalifikuje się do wypisu do domu □

Pacjent kwalifikuje się do hospitalizacji □

Wypisany o godzinie .....

Podpis lekarza operującego .....

Podpis lekarza anestezjologa.....

załącznik nr 6d do materiałów informacyjnych - SZP

.....
pieczęć świadczeniodawcy

KARTA INFORMACYJNA
LECZENIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM

Nr identyfikacyjny .....…….....…., dn. .....….....

Nazwisko i imię .....Data urodzenia .....….....

Adres

.....…….....

Data przyjęcia .....

ROZPOZNANIE: .....…….....KOD ICD-10
.....…….....

ZASTOSOWANE POSTĘPOWANIE
.....
.....
.....
.....KOD ICD-9-CM
.....…….....

ZALECENIA

Leżenie przez .....….....….....
Płyny doustnie od godz. .....….....
Pokarmy od godz. .....
Leki: .....
.....
.....
.....

Proszę ograniczyć aktywność do czasu kontroli.
Unikanie wysiłku fizycznego przez .....

Przy myciu (kąpieli) opatrunek nie może być zamoczony.

Inne zalecenia .....…….....
.....…….....
…….....

Proszę zgłosić się do.....
w dniu....., o godzinie ..... na badanie kontrolne.

Podpis i pieczęć lekarza .....

Karta punktacji pacjenta w skali TISS 28

imię i nazwisko pacjenta	
PESEL	
numer księgi głównej	
rozpoznanie wg ICD 10	
przyjęty z	
data przyjęcia (rrrr-mm-dd)	- - godzina
wypisany do (zgon)	
data wypisu (rrrr-mm-dd)	- - godzina

Data	Czynności podstawowe									Oddychanie						Krążenie							Nerki			Metabolizm			Inne interwencje			OUN	Suma punktów w dniu
	1a	1b	1c	1d	1e	1f	1g	1h	1i	2a	2b	2c	2d	2e	2f	3a	3b	3c	3d	3e	3f	3g	4a	4b	4c	5a	5b	5c	6a	6b	6c	7a	
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0
																																	0

załącznik nr 7b do materiałów informacyjnych

Skala TISS-28

1. Czynności podstawowe
a) Monitorowanie - 5 pkt. Pomiar i rejestracja podstawowych parametrów życiowych co 1 h oraz obliczanie bilansu płynowego co najmniej 3 x dziennie.
b) Laboratorium - 1 pkt. Pobieranie próbek krwi do badań laboratoryjnych biochemicznych lub mikrobiologicznych.
c) Pojedynczy lek - 2 pkt. Podanie 1 leku każdą drogą (wlew elektrolitu bez dodatku leków nie wlicza się do punktacji).
d) Wiele leków - 3 pkt. Podanie więcej niż 1 leku (punktacja 1d wyklucza 1c). Zaliczenie tego punktu nie wyklucza uzyskania dalszych punktów: leki wazoaktywne, wymuszona diureza.
e) Opatrunki – standard - 1 pkt. Codzienna zmiana opatrunków (cewniki naczyniowe) oraz profilaktyka i leczenie odleżyn.
f) Częsta zmiana opatrunków - 1 pkt. Konieczna zmiana opatrunków co najmniej 3 x na zmianę pielęgniarską. Nie liczy się leczenia i profilaktyki odleżyn oraz zmiany opatrunków przy cewnikach naczyniowych i drenażach.
g) Pielęgnacja drenaży - 3 pkt. Dotyczy pielęgnacji drenów, które wprowadzone zostały przez nienaturalne otwory w ludzkim ciele: drenaże ran operacyjnych, jamy opłucnowej, przezskórna stomia (PEG), cewnik nadłonowy itp. Do punktacji nie wlicza się sondy żołądkowej i cewnika moczowego.
h) Leczenie w inkubatorze - 5 pkt. (tylko wersja TISS-28 dla dzieci)
i) Fototerapia - 3 pkt. (tylko wersja TISS-28 dla dzieci)
2. Oddychanie
a) Wentylacja mechaniczna - 5 pkt. Wszystkie formy wentylacji mechanicznej (w tym także CPAP).
b) Podtrzymywanie oddychania - 2 pkt. Oddychanie przez sztuczne drogi oddechowe, leczenie tlenem, ale bez wspomagania mechanicznego (punktacja 2b wyklucza punktację 2a).
c) Sztuczne drogi oddechowe - 1 pkt. Zabiegi pielęgnacyjne przy sztucznych drogach oddechowych (rurka dotchawicza, tracheostomia).
d) Fizjoterapia oddechowa - 1 pkt. Fizykoterapia, inhalacje, odsysanie wydzieliny z dróg oddechowych.
e) Leczenie surfaktantem - 5 pkt. (tylko wersja TISS-28 dla dzieci)
f) Leczenie tlenkiem azotu - 8 pkt. (tylko wersja TISS-28 dla dzieci)
3. Krążenie
a) Pojedynczy lek wazoaktywny - 3 pkt. Zalicza się: wazopresory (adrenalina, noradrenalina, dopamina), inodilatatory (amrinon, dobutamina), wazodilatatory (nitrogliceryna, urapidyl). Do grupy tej nie zalicza się leków podawanych doustnie, przez sondę oraz podskórnie.
b) Wiele leków wazoaktywnych - 4 pkt. (punktacja 3b wyklucza punktację 3a)

c) Masywna utrata płynów - 4 pkt. Podaż płynów większa od 3l/m2 pow. ciała/dobę (tj. ok. 5-6 litrów na dobę u dorosłego pacjenta ważącego ok. 70kg) niezależnie od rodzaju. Do punktacji nie wlicza się podaży płynów przy hemofiltracji i hemodializie.
d) Cewnik tętniczy - 5 pkt. Obwodowy cewnik tętniczy wprowadzony dla pomiaru ciśnienia tętniczego oraz pobierania próbek krwi (tętnica promieniowa, udowa). Punktację liczy się od dnia założenia do dnia usunięcia cewnika.
e) Cewnik w tętnicy płucnej - 8 pkt. Cewnik Swana-Ganza z pomiarem rzutu serca lub bez. Założenie cewnika liczy się także jako interwencja terapeutyczna (punktacja 7a lub 7b).
f) Cewnik w żyle centralnej - 2 pkt. Niezależnie od miejsca założenia. Koniec cewnika musi leżeć w obrębie klatki piersiowej (RTG).
g) Resuscytacja - 3 pkt. Czynności resuscytacyjne po NZK w ciągu ostatnich 24h, ale już po przyjęciu do oddziału. Do punktacji wlicza się także pojedynczą defibrylację. Do punktacji nie wlicza się uderzenia w klatkę piersiową.
4. Nerki
a) Hemofiltracja, dializa - 3 pkt. Także zabiegi terapeutyczne frakcjonowania składników krwi, dializy otrzewnowe, techniki ciągłe.
b) Pomiar diurezy – 2 pkt. Ilościowy pomiar oddanego moczu z wykorzystaniem cewnika lub bez (pomiar min. co 8h).
c) Diureza wymuszana - 3 pkt. Wymuszanie farmakologiczne (furosemid>0,5mg/kg/d, kwas etakrynowy, mannitol) w postaci pojedynczych dawek lub w ciągłym wlewie. Dopaminy tutaj się nie zalicza (liczy się jako podaż pojedynczego leku).
5. Metabolizm
a) Kwasica/ zasadowica - 4 pkt. Konieczność leczenia znacznej tkankowej kwasicy lub zasadowicy poprzez alkalizację (podaż roztworu wodorowęglanu sodu, TRIS lub zakwaszanie). Musi istnieć udokumentowane potwierdzenie patologii, np. pH krwi<7,33 lub >7,49 i odpowiednie odchylenia wartości BE. Do punktacji nie wlicza się kompensacji oddechowej oraz leczenia choroby podstawowej.
b) Żywienie pozajelitowe - 3 pkt. Podaż drogą cewnika założonego założonego do żyły centralnej substancji energetycznych oraz aminokwasów. Do punktacji nie wlicza się podaży samej glukozy lub roztworów o niskiej osmolarności drogą żył obwodowych.
c) Żywienie enteralne (sonda) - 2 pkt. Żywienie przez sondę, niezależnie od drogi jej wprowadzenia: przez usta, nos, PEG, stomia; w objętości co najmniej 500ml/d. (ilość nie dotyczy skali TISS-28 dla dzieci).
6. Inne interwencje
a) Pojedyncza interwencja w OAiIT - 3 pkt. Wykonana wyłącznie w OAiIT: intubacja dotchawicza, tracheotomia, kardiowersja, stymulacja elektryczna serca, endoskopia, płukanie żołądka, założenie sondy Sengstakena, cewnika Swana-Ganza, balonu wewnątrzaortalnego, bronchoskopia, nagły zabieg operacyjny. Nie wlicza się rutynowych pomiarów parametrów i zabiegów diagnostycznych: RTG, EKG, USG, zmiany opatrunków, cewnikowanie żył, cewnikowanie tętnic, punkcji lędźwiowej, punkcji i drenażu jamy opłucnowej, otrzewnej, osierdzia.
b) Liczne interwencje w OAiIT - 5 pkt. Kilka z wymienionych powyżej interwencji wykonanych w OAiIT. (punktacja 6b wyklucza punktację 6a)
c) Czynności poza OAiIT - 5 pkt. Każdy zabieg diagnostyczny lub terapeutyczny wymagający transportu z OAiIT i z powrotem, np. zabieg operacyjny, tomografia komputerowa. Nie wlicza się interwencji wykonanych przed przyjęciem do OAiIT lub podczas przekazania chorego do innego oddziału.
7. OUN
a) Pomiar ICP - 4 pkt. Pomiar nad- lub podtwardówkowo, śródmiąższowo lub śródkomorowo.

…… Pieczęć świadczeniodawcy		Załącznik nr 8 do mat. inf. _SZP stanowiących załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu Nr /2006

CZĘŚĆ A

KARTA Nr……/2007 REJESTRACJI PACJENTA
DO UDZIAŁU W PROGRAMIE TERAPEUTYCZNYM (LEKOWYM)

……
……..……..[1]

1. Oświadczenie świadczeniodawcy

Oświadczam, że pacjent …… numer PESEL |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|[2] spełnia kryteria włączenia do ww. programu zgodne z jego opisem. Terapię pacjenta ww. programie rozpoczęto/zostanie rozpoczęta od dnia ……. .

Pieczęć i podpis lekarza
kwalifikującego pacjenta do udziału w programie[3]

2. Oświadczenie pacjenta[4]

Po zapoznaniu się z opisem Programu terapeutycznego (lekowego)….....[5], w szczególności z kryteriami włączenia do programu i wyłączenia, oraz ulotką informacyjną leku …….dla pacjenta, wyrażam zgodę na udział w programie na zasadach określonych w jego opisie.

……..... .....……
miejscowość, data czytelny podpis pacjenta

[1] Wpisać nazwę i kod programu zgodnie z Katalogiem programów terapeutycznych (lekowych) wprowadzonym zarządzeniem nr / Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

[2] Imię, nazwisko i nr PESEL wprowadza lekarz kwalifikujący do programu.

[3] W kolumnie tej wymagane są dane lekarza kwalifikującego pacjenta do udziału w programie, oraz własnoręczny podpis , poświadczający, że pacjent spełnia kryteria kwalifikacji do programu terapeutycznego (lekowego), którego dotyczy karta, wprowadzonego zarządzeniem nr …./……..

[4] W przypadku, gdy stan pacjenta nie pozwala na wypełnienie przez niego Karty, kartę wypełnia członek rodziny, a w przypadku braku takiej możliwości lekarz dokonuje stosownej adnotacji na Karcie, dlaczego pacjent nie mógł jej wypełnić.

[5] Tekst opisu programu, obowiązujący na dzień kwalifikacja pacjenta do programu, udostępnia pacjentowi personel ośrodka prowadzącego leczenie. Nazwę i kod programu wprowadza personel medyczny ośrodka realizującego program terapeutyczny.

…… Pieczęć świadczeniodawcy		Załącznik nr 8 do mat. inf. _SZP stanowiących załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu Nr /2006

CZĘŚĆ B[1]

KARTA Nr……/2007 REJESTRACJI PACJENTA
DO UDZIAŁU W PROGRAMIE TERAPEUTYCZNYM (LEKOWYM)

……
……[2]

Oświadczenie o odbiorze leku

Oświadczam), że w dniu……., otrzymałam/otrzymałem produkt leczniczy o nazwie…….…,

postaci……., dawce……, w ilości…….....…..[3],

…….. ……
miejscowość, data czytelny podpis pacjenta

……
pieczęć i podpis osoby wydającej lek

[1] Część B wypełnia pacjent każdorazowo wyłącznie w przypadku wydania leku do stosowania w warunkach domowych. Oświadczenie dołączone jest do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
[2] Wpisać nazwę i kod programu zgodnie z Katalogiem programów terapeutycznych (lekowych) wprowadzonym zarządzeniem nr / Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
[3] Informacje o produkcie leczniczym wprowadza personel medyczny ośrodka prowadzącego leczenie

Wykaz substancji czynnych stosowanych w programach terapeutycznych (lekowych)

Nazwa substancji czynnej	droga podania		wielkość	Jednostka	Wycena punktowa 2007 jednostki leku [pkt.]
Abciximabum	inj	za	1	mg	13,6580
Acidum mycophenolicum	p.o.	za	1	mg	0,0028
Anagrelidum	p.o.	za	1	mg	3,2680
Botuline toxin type a	inj	za	1	amp a 100 j. m.	66,9750
Botuline toxin type a	inj	za	1	amp a 500 j. m.	66,9750
Calcii folinas	inj	za	1	mg	0,0250
Capecitabinum	p.o.	za	1	mg	0,0026
Carboplatinum	inj	za	1	mg	0,0450
Cisplatinum	inj	za	1	mg	0,0400
Darbepoetin alfa	inj	za	1	mcg	0,7710
Docetaxelum	inj	za	1	mg	4,2000
Doxorubicinum	inj	za	1	mg	0,1322
Drotrecoginum alfa	inj	za	1	mg	23,7120
Erythropoetinum	inj	za	1000	j. m.	3,8570
Etanerceptum	inj	za	1	mg	2,1200
Fluorouracilum	inj	za	1	mg	0,0016
Glatirameri acetas	inj	za	1	mg	0,5357
Imatinib	inj	za	1	mg	0,0736
Imiglucerasum	inj	za	1	j. m.	1,5200
Immunoglobulinum	inj	za	1	mg	0,0120
Infliximabum	inj	za	1	mg	2,3750
Interferonum alfa	inj	za	1 mln	j. u. lub j. m.	4,0000
Interferonum alfa-2a	inj	za	1 mln	j. m.	1,6783
Interferonum alfa-2b	inj	za	1 mln	j. m.	1,6783
Interferon beta-1a	inj	za	1	amp 22 mcg	12,5000
Interferon beta-1a	inj	za	1	amp 44 mcg	25,0000
Interferon beta-1a	inj	za	1	amp 30 mcg	75,0000
Interferon beta-1b	inj	za	1	mcg	0,0714
Irinotecanum	inj	za	1	mg	0,9300
Lamivudinum	p.o.	za	1	mg	0,0100
Laronidase	inj	za	1	j. m.	0,5366
Leflunomidum	p.o.	za	1	mg	0,0598
Leuprorelinum	inj	za	1	mg	9,3480
Mofetili mycophenolas	p.o.	za	1	mg	0,0020
Peginterferonum alfa-2a	inj	za	1	mcg	0,3426
Peginterferonum alfa-2b	inj	za	1	mcg	0,4112
Ribavirinum	p.o.	za	1	mg	w cenie interferonu
Rituximabum	inj	za	1	mg	1,3000
Sirolimusum	p.o.	za	1	mg	1,9000
Somatropinum	inj	za	1	j.m.	1,0542
Tacrolimusum	p.o.	za	1	mg	0,8170

Wykaz substancji czynnych stosowanych w programach terapeutycznych (lekowych)

Nazwa substancji czynnej	droga podania		wielkość	Jednostka	Wycena punktowa 2007 jednostki leku [pkt.]
Temozolomidum	p.o.	za	**1**	**mg**	**0,4558**
Topotecanum	inj	za	**1**	**mg**	**28,5000**
Trastuzumabum	inj	za	**1**	**mg**	**1,8234**
Triptorelinum	inj	za	**1**	**mg**	**9,3480**

Załącznik nr 10 do mat_inf_SZP 2007
wprowadzonych zarządzeniem Nr /2006
Prezesa Funduszu

Wykaz substancji czynnych stosowanych w terapii nowotworów

Nazwa substancji czynnej	droga podania		wielkość	Jednostka	Wycena punktowa 2007 jednostki leku [pkt.]
Asparaginasum	inj	za	1000	j. m.	3,2300
Bicalutamidum	p.o.	za	1	mg	0,0466
Bleomycin sulphate	inj	za	1	mg	0,4880
Busulfanum	p.o.	za	1	mg	0,0430
Calcii folinas	inj	za	1	mg	0,0250
Carboplatinum	inj	za	1	mg	0,0450
Carmustinum	inj	za	1	mg	imp.doc
Chlorambucilum	p.o.	za	1	mg	0,0470
Chlormethinum	inj	za	1	mg	imp.doc
Ciclosporinum	inj	za	1	mg	0,0310
Cisplatinum	inj	za	1	mg	0,0400
Cladribinum	inj	za	1	mg	2,2040
Cyclophosphamidum	inj	za	1	mg	0,0030
Cyclophosphamidum	p.o.	za	1	mg	0,0020
Cytarabinum	inj	za	1	mg	0,0098
Dacarbazinum	inj	za	1	mg	0,0090
Dactinomycinum	inj	za	1	mg	imp.doc
Darbepoetin alfa	inj	za	1	mcg	0,7710
Daunorubicinum	inj	za	1	mg	imp.doc
Dexamethasonum	inj	za	1	mg	0,0100
Dexamethasonum	p.o.	za	1	mg	0,0094
Dexrazoxani hydrochloridum	inj	za	1	mg	0,1044
Docetaxelum	inj	za	1	mg	4,2000
Doxorubicinum	inj	za	1	mg	0,1322
Epirubicinum	inj	za	1	mg	0,4693
Erythropoetinum	inj	za	1000	j. m.	3,8570
Etoposidum	inj	za	1	mg	0,0178
Filgrastimum	inj	za	1 mln	j. m.	0,8800
Fludarabinum	inj	za	1	mg	1,2798
Fludarabinum	p.o.	za	1	mg	0,9141
Fluorouracilum	inj	za	1	mg	0,0016
Fulvestrant	inj	za	1	mg	0,7588
Gemcitabinum	inj	za	1	mg	0,0720
Hydrocortisonum	inj	za	1	mg	0,0040
Hydroxycarbamidum	p.o.	za	1	mg	0,0002
Idarubicin	inj	za	1	mg	9,2436
Ifosfamidum	inj	za	1	mg	0,0028
Interferonum alfa	inj	za	1 mln	j. u. lub j. m.	4,0000
Interferonum alfa-2a	inj	za	1 mln	j. m.	1,6783
Interferonum alfa-2b	inj	za	1 mln	j. m.	1,6783
Irinotecanum	inj	za	1	mg	0,9300

Wykaz substancji czynnych stosowanych w terapii nowotworów

Nazwa substancji czynnej	droga podania		wielkość	Jednostka	Wycena punktowa 2007 jednostki leku [pkt.]
Isotretinoinum	p.o.	za	1	mg	0,0280
Lanreotidum	inj	za	1	mg	9,5615
Lenograstimum	inj	za	1 mln	j. u.	0,7886
Lomustinum	p.o.	za	1	mg	imp.doc
Melphalanum	inj	za	1	mg	imp.doc
Melphalanum	p.o.	za	1	mg	0,0143
Mercaptopurinum	inj	za	1	mg	0,0011
Mesnum	inj	za	1	mg	0,0013
Methotrexatum	inj	za	1	mg	0,0060
Methylprednisolonum	inj	za	1	mg	0,0076
Methylprednisolonum	p.o.	za	1	mg	0,0060
Mitomycinum	inj	za	1	mg	0,7100
Mitotanum	p.o.	za	1	mg	0,0038
Mitoxantronum	inj	za	1	mg	0,1780
Octreotidum	inj	za	1	mg	16,3540
Ondansetronum	inj	za	1	mg	0,0380
Ondansetronum	p.o.	za	1	mg	0,1800
Oxaliplatinum	inj	za	1	mg	1,8784
Paclitaxelum	inj	za	1	mg	0,4400
Pegasparagasum	inj	za	1	j. m.	0,5835
Pegfilgrastim	inj	za	1	mg/0,1ml	63,3333
Permetrexed	inj	za	1	mg	1,1367
Prednisolonum	p.o.	za	1	mg	0,0018
Prednisonum	p.o.	za	1	mg	0,0015
Procarbazinum	p.o.	za	1	mg	imp.doc
Rasburicasum	inj	za	1	mg	17,8904
Rituximabum	inj	za	1	mg	1,3000
Tamoxifenum	p.o.	za	1	mg	0,0019
Temozolomidum	p.o.	za	1	mg	0,4558
Teniposidum	inj	za	1	mg	0,1047
Thalidomidum	p.o.	za	1	mg	imp.doc
Thiotepum	inj	za	1	mg	imp.doc
Tioguaninum	p.o.	za	1	mg	0,0073
Topotecanum	inj	za	1	mg	28,5000
Tretinoinum	p.o.	za	1	mg	0,1120
Trofosfamidum	p.o.	za	1	mg	imp.doc
Vinblastinum	inj	za	1	mg	0,5500
Vincristinum	inj	za	2	mg	3,2100
Vindesinum	inj	za	1	mg	imp.doc
Vinorelbinum	inj	za	1	mg	1,0400
Vinorelbinum	p.o.	za	1	mg	1,0648

SKALA CIĘŻKOŚCI ZATRUĆ (POISONING SEVERITY SCORE) – PSS

Układ	BEZ OBJAWÓW	LEKKIE	ŚREDNIE	CIĘŻKIE
	0	1	2	3
	Brak objawów przedmiotowych i podmiotowych	Objawy nieznaczne, przemijające i spontanicznie ustępujące	Objawy nasilone i przedłużające się	Objawy ciężkie i zagrażające życiu
Przewód pokarmowy		• Nudności, wymioty, biegunka, ból • Podrażnienie, 1 stopień oparzenia, minimalne owrzodzenia w jamie ustnej • Endoskopia: rumień, obrzęk	• Nasilone lub przedłużające się wymioty, biegunka, ból; niedrożność • 1 stopień oparzenia o krytycznej lokalizacji albo 2 i 3 stopień oparzenia o ograniczonej lokalizacji • Dysfagia • Endoskopia: owrzodzenia obejmujące cały przekrój śluzówki	• Masywne krwawienie, perforacja • Znacznie rozprzestrzenione oparzenia 2 i 3 stopnia • Ciężka dysfagia • Endoskopia: owrzodzenia obejmujące całą grubość ściany, tkanki otaczające, perforacja
Układ oddechowy		• Podrażnienie, kaszel, „krótki oddech”, niewielka duszność, niewielki skurcz oskrzeli • Rtg klatki piersiowej: nieprawidłowy z niewielkimi lub brakiem objawów	• Przedłużający się kaszel, skurcz oskrzeli, duszność, stridor, hipoksemia - wymagająca tlenoterapii • Rtg klatki piersiowej: nieprawidłowy z umiarkowanymi objawami klinicznymi	• Jawna niewydolność oddechowa (ciężki stan spastyczny oskrzeli, zwężenie dróg oddechowych, obrzęk głośni, obrzęk płuc, ARDS, „pneumonitis”, zapalenie płuc, odma opłucnowa) • Rtg klatki piersiowej: nieprawidłowy z ciężkimi objawami klinicznymi
Układ nerwowy		• Senność, zawroty głowy, szum w uszach, zaburzenia równowagi • Niepokój • Nieznaczne objawy pozapiramidowe • Nieznaczne objawy cholinergiczne lub antycholinergiczne • Parestezje • Nieznaczne zaburzenia widzenia lub słuchu • Oczopląs	• Nieprzytomny, z prawidłową reakcją na ból • Krótkotrwały bezdech, bradypnoe • Splątanie, podniecenie, halucynacje, delirium • Rzadkie, uogólnione lub częściowe drgawki • Nasilone objawy pozapiramidowe • Nasilone objawy cholinergiczne lub antycholinergiczne • Ograniczone niedowłady nie zaburzające funkcji życiowych • Zaburzenia widzenia i słuchu • Mioklonie • Przedłużający się oczopląs	• Głęboka śpiączka z nieprawidłową odpowiedzią na bodźce bólowe lub brakiem odpowiedzi na ból • Depresja oddechowa z niewydolnością • Skrajne pobudzenie • Częste, uogólnione drgawki, stan padaczkowy, opistotonus • Uogólniony niedowład lub niedowład zaburzający funkcje życiowe • Nie widzi, nie słyszy • Odruchy i objawy patologiczne • Anizokoria
Układ sercowo-naczyniowy		• Pojedyncze skurcze dodatkowe • Nieznaczna i przemijająca hipo/ hipertensja • Bradykardia zatokowa (HR 50-60 u dorosłych , 80-90 u niemowląt i dzieci, 90-100 u noworodków) • Tachykardia zatokowa (HR 120-140 u dorosłych, 130-160 u niemowląt i dzieci, 140-160 u noworodków)	• Bradykardia zatokowa (HR 40-50 u dorosłych, 60-80 u niemowląt i dzieci, 80-90 u noworodków) • Tachykardia zatokowa (HR 140-160 u dorosłych, 160-190 u niemowląt i dzieci, 160-200 u noworodków) • Powtarzające się skurcze dodatkowe, migotanie/ trzepotanie przedsionków, blok AV I-II stopnia, przedłużenie czasu QRS i QT, zaburzenia repolaryzacji • Niedokrwienie mięśnia sercowego • Bardziej nasilona hipo/ hipertensja	• Znaczna bradykardia zatokowa (HR<40 u dorosłych, <60 u niemowląt, < 80 u noworodków) • Znaczna tachykardia zatokowa (HR >160 u dorosłych, >190 u niemowląt i dzieci, >200 u noworodków) • Zagrażające życiu komorowe zaburzenia rytmu, blok AV III stopnia, asystolia • Zawał mięśnia sercowego • Wstrząs, przełom nadciśnieniowy
Równowaga metaboliczna		• Niewielkie zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej (HCO_3^- 15-20 lub 30-40 mmol/l, pH 7.25-7.32 lub 7.50-7.59) • Niewielkie zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej (K^+ 3.0-3.4 lub 5.2-5.9 mmol/l) • Niewielka hipoglikemia (50-70 mg/dl lub 2.8-3.9 mmol/l u dorosłych) • Krótkotrwała hipertermia	• Bardziej nasilone zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej (HCO_3^- 10-14 lub >40 mmol/l, pH 7.15-7.24 lub 7.60-7.69) • Bardziej nasilone zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej (K^+ 2.5-2.9 lub 6.0-6.9 mmol/l) • Bardziej nasilona hipoglikemia (30-50 mg/dl lub 1.7-2.8 mmol/l u dorosłych) • Hipertermia dłużej trwająca	• Ciężkie zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej (HCO_3^- <10 mmol/l, pH 7.15 lub > 7.7) • Ciężkie zaburzenia równowagi wodno-elektrolitowej (K^+ <2.5 lub >7.0 mmol/l) • Ciężka hipoglikemia(<30 mg/dl lub 1.7 mmol/l u dorosłych) • Niebezpieczna hipo lub hipertermia
Układ	BEZ OBJAWÓW	LEKKIE	ŚREDNIE	CIĘŻKIE

	0	1	2	3
Wątroba		• Niewielki wzrost aktywności enzymów (AspAT, AlAT 2-5 x norma)	• Wzrost aktywności enzymów (AspAT, AlAT 5-50 x norma), ale bez biochemicznych (amoniak, czynniki krzepnięcia) i klinicznych objawów dysfunkcji wątroby	• Wzrost aktywności enzymów (AspAT, AlAT > 50 x norma) lub biochemiczne (amoniak, czynniki krzepnięcia) i kliniczne objawy niewydolności wątroby
Nerki		• Nieznaczny białkomocz/ krwiomocz	• Masywny białkomocz/ krwiomocz • Dysfunkcja nerek (oliguria, poliuria, stężenie kreatyniny w surowicy 200-500 μmol/l))	• Niewydolność nerek (anuria, stężenie kreatyniny w surowicy >500 μmol/L))
Krew		• Niewielka hemoliza • Niewielka methemoglobinemia (MetHb 10-30%)	• Hemoliza • Bardziej nasilona methemoglobinemia (MetHb 30-50 %) • Nieprawidłowe parametry krzepnięcia bez cech krwawienia • Anemia, leukopenia, trombocytopenia	• Masywna hemoliza • Ciężka methemoglobinemia (MetHb >50%) • Nieprawidłowe parametry krzepnięcia z jawną skazą krwotoczną • Ciężka anemia, leukopenia, trombocytopenia
Układ mięśniowy		• Nieznaczny ból, nadwrażliwość • CPK 250-1500 IU/l	• Ból, sztywność, kurcze i drżenia pęczkowe • Rabdomioliza, CPK 1500-10 000 IU/l	• Intensywny ból, znaczna sztywność, nasilone kurcze i drżenia pęczkowe • Rabdomioliza z powikłaniami, CPK >10 000 IU/l • Zespół kompartmentowy
Skóra		• Podrażnienie, 1 stopień oparzenia (zaczerwienienie) lub 2 stopień oparzenia na powierzchni <10% powierzchni ciała	• 2 stopień oparzenia w 10-50% powierzchni ciała (dzieci: 10-30%) lub 3 stopień oparzenia na powierzchni <2% • Odleżyny pojedyncze	• 2 stopień oparzenia >50% powierzchni ciała (dzieci: >30%) lub 3 stopień oparzenia na powierzchni >2% • Odleżyny mnogie >2%
Oczy		• Podrażnienie, zaczerwienienie, łzawienie, nieznaczny obrzęk powiek	• Znaczne podrażnienie, ubytki rogówki • Niewielkie (punktowe) owrzodzenie rogówki	• Owrzodzenia rogówki (nie punktowe), perforacja • Trwałe uszkodzenie
Zmiany miejscowe po ukąszeniach i użądleniach		• Miejscowy obrzęk, swędzenie • Nieznaczny ból	• Obrzęk obejmujący całą kończynę, miejscowa martwica • Umiarkowany ból	• Obrzęk obejmujący całą kończynę i znaczną część otaczającej powierzchni, bardziej rozległa martwica • Krytyczna lokalizacja obrzęku zagrażająca drożności dróg oddechowych • Znacznie nasilony ból

Skala ta jest międzynarodową klasyfikacją ciężkości zatrucia w odniesieniu zarówno do osób dorosłych, jak i dzieci. Może być stosowana w przypadku każdego ostrego zatrucia niezależnie od ilości i typu czynników go wywołujących. Wypełnienie formularza PSS wymaga dokładnej analizy całości dokumentacji klinicznej.
Stopień ciężkości zatrucia zostaje określony na podstawie rzetelnej obserwacji klinicznej. PSS zawsze powinna brać pod uwagę całokształt procesu obserwacji klinicznej i być wypełniana w oparciu o uwzględnienie najcięższej symptomatologii (wystąpienie choćby jednego objawu), w tym objawów subiektywnych i obiektywnych. Może on być wypełniany w każdej chwili hospitalizacji, pod warunkiem dokładnego określenia czasu zbierania danych. Skala ta nie określa ryzyka i zagrożeń w oparciu o dane takie jak, ilość spożytej substancji czy stężenie ksenobiotyku we krwi.

Wykaz czynności wykonywanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i szpitalnej izby przyjęć

L.p.	Nazwa czynności	Kod czynności
1	*2*	*3*
1	bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych	5.09.00.0000001
2	zabieg Heimlicha	5.09.00.0000002
3	wentylacja ręczna z użyciem maski oddechowej i układu inhalacyjnego	5.09.00.0000003
4	tlenoterapia bierna z użyciem prostych układów podawczych tlenu	5.09.00.0000004
5	toaleta dróg oddechowych	5.09.00.0000005
6	laryngoskopia bezpośrednia w procedurze ratunkowe	5.09.00.0000006
7	fiberolaryngoskopia	5.09.00.0000007
8	bronchoskopia diagnostyczna	5.09.00.0000008
9	intubacja dotchawicza przez usta	5.09.00.0000009
10	intubacja dotchawicza przez nos	5.09.00.0000010
11	użycie maski krtaniowej	5.09.00.0000011
12	intubacja dotchawicza "na ślepo "	5.09.00.0000012
13	intubacja dotchawicza techniką "wsteczną "	5.09.00.0000013
14	wymiana rurki dotchawiczej i tracheostomijnej w stanach ostrych	5.09.00.0000014
15	konikotomia	5.09.00.0000015
16	tracheotomia	5.09.00.0000016
17	ręczne wspomaganie oddechu poprzez rurkę dotchawicza	5.09.00.0000017
18	mechaniczne wspomaganie lub kontrola oddechu - terapia respiratorowa	5.09.00.0000018
19	punkcja odbarczająca jamy opłucnowej	5.09.00.0000019
20	drenaż jamy opłucnowej	5.09.00.0000020
21	ostra tlenoterapia hiperbaryczna (HbC_2) w oparzeniu wziewnym	5.09.00.0000021
22	farmakoterapia ostrych niewydolności oddechowych	5.09.00.0000022
23	wykonanie i interpretacja elektrokardiogramu	5.09.00.0000023
24	masaż zatoki szyjnej w ostrych niemiarowościach rytmu serca	5.09.00.0000024
25	kardiowersja elektryczna serca	5.09.00.0000025
26	defibrylacja elektryczna serca	5.09.00.0000026
27	elektrostymulacja zewnętrzna serca	5.09.00.0000027
28	czasowa elektrostymulacja śródkomorowa serca	5.09.00.0000028
29	punkcja odbarczająca osierdzia	5.09.00.0000029
30	perikardiocenteza	5.09.00.0000030
31	torakotomia resuscytacyjna	5.09.00.0000031
32	odbarczająca hemofiltracja ciągła (tętniczo-żylna, żylno-żylna)	5.09.00.0000032
33	ostra tlenoterapia hiperbaryczna w zatorowości gazowej	5.09.00.0000033
34	ostra tlenoterapia hiperbaryczna w urazie ciśnienowym	5.09.00.0000034
35	farmakoterapia ostrych zagrożeń sercowo-naczyniowych	5.09.00.0000035
36	sondowanie żołądka	5.09.00.0000036
37	tamponada krwawienia z żylaków przełyku	5.09.00.0000037
38	esofagoskopia diagnostyczna i interwencyjna	5.09.00.0000038
39	płukanie żołądka w zatruciach	5.09.00.0000039
40	zwiadowcze płukanie otrzewnej	5.09.00.0000040
41	odwiedzenie przepukliny brzusznej	5.09.00.0000041
42	rektoskopia i sigmoidoskopia	5.09.00.0000042
43	odwiedzenie wypadniętego odbytu	5.09.00.0000043
44	usunięcie ciała obcego z odbytu	5.09.00.0000044
45	usuniecie ciała obcego z przełyku	5.09.00.0000045
46	farmakoterapia ostrych zaburzeń układu pokarmowego	5.09.00.0000046
47	podstawowe badanie neurologiczne	5.09.00.0000047
48	nakłucie lędźwiowe, pomiar ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego	5.09.00.0000048
49	odbarczenie okołourazowego krwiaka śródczaszkowego	5.09.00.0000049
50	założenia wyciągu szyjnego	5.09.00.0000050
51	farmakoterapia ostrych zagrożeń neurologicznych	5.09.00.0000051
52	cewnikowanie pęcherza moczowego	5.09.00.0000052
53	cystotomia nadłonowa	5.09.00.0000053
54	zabiegi odbarczenia fimozy i parafimozy	5.09.00.0000054
55	leczenie zapobiegawcze ostrej niewydolności nerek (onn)	5.09.00.0000055
56	hemofiltracja ciągła	5.09.00.0000056
57	ostra hemodializa pozaustrojowa	5.09.00.0000057
58	ostra dializa otrzewnowa	5.09.00.0000058
59	odebranie porodu nagłego	5.09.00.0000059

60	tamowanie krwawienia poporodowego	5.09.00.0000060
61	pośmiertne cięcie cesarskie	5.09.00.0000061
62	resuscytacja noworodka	5.09.00.0000062
63	tamowanie nagłego krwawienia z dróg rodnych	5.09.00.0000063
64	usunięcie ciała obcego z pochwy	5.09.00.0000064
65	podstawowe badania okulistyczne	5.09.00.0000065
66	płukanie oka w urazie chemicznym	5.09.00.0000066
67	usunięcia ciała obcego z oka	5.09.00.0000067
68	opatrunek ochronny oka	5.09.00.0000068
69	podstawowe badania laryngologiczne krtani, ucha, nosa	5.09.00.0000069
70	czyszczenie zewnętrznego kanału słuchowego	5.09.00.0000070
71	usunięcie ciała obcego z ucha	5.09.00.0000071
72	tamponada jamy nosowej	5.09.00.0000072
73	korekcja złamania przegrody nosowej	5.09.00.0000073
74	usunięcie ciała obcego z nosa	5.09.00.0000074
75	bronchoskopia interwencyjna (usunięcie ciała obcego z tchawicy)	5.09.00.0000075
76	nakłucie i zakładanie linii infuzji dożylnej przez żyły powierzchniowe	5.09.00.0000076
77	cewnikowanie żyły podobojczykowej - zakładanie linii infuzji	5.09.00.0000077
78	cewnikowanie żyły szyjnej wewnętrznej - zakładanie linii infuzji	5.09.00.0000078
79	cewnikowanie żyły bezimiennej - zakładanie linii infuzji	5.09.00.0000079
80	cewnikowanie żyły udowej - zakładanie linii infuzji	5.09.00.0000080
81	cewnikowanie żyły pępowinowej - zakładanie linii infuzji	5.09.00.0000081
82	zakładanie linii infuzji dożylnej techniką venesekcji	5.09.00.0000082
83	cewnikowanie tętnicy płucnej	5.09.00.0000083
84	wykonanie przetoki tętniczo-żylnej do celów dializoterapii	5.09.00.0000084
85	punkcja i cewnikowanie tętnicy	5.09.00.0000085
86	stosowanie technik szybkiego przetaczania krwi	5.09.00.0000086
87	stosowanie infuzji ogrzewanych	5.09.00.0000087
88	bilansowanie terapii, gospodarki płynowej i elektrolitowej	5.09.00.0000088
89	badanie lekarskie chorego z urazem	5.09.00.0000089
90	podtrzymanie funkcji życiowych chorego z urazem głowy	5.09.00.0000090
91	podtrzymanie funkcji życiowych chorego z urazem klatki piersiowej	5.09.00.0000091
92	podtrzymanie funkcji życiowych chorego z urazem jamy brzusznej	5.09.00.0000092
93	podtrzymanie funkcji życiowych chorego z urazem dwóch lub więcej układów życiowo ważnych	5.09.00.0000093
94	badanie neurologiczne chorego z urazem	5.09.00.0000094
95	profilaktyka p. tężcowa chorego z urazem	5.09.00.0000095
96	profilaktyka antybiotykowa chorego z urazem	5.09.00.0000096
97	leczenie przeciwobrzękowe mózgu	5.09.00.0000097
98	procedury dekompresyjne w nadciśnieniu śródczaszkowym	5.09.00.0000098
99	unieruchomienie kręgosłupa szyjnego	5.09.00.0000099
100	unieruchomienie kręgosłupa szyjnego i piersiowego	5.09.00.0000100
101	unieruchomienie kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego	5.09.00.0000101
102	unieruchomienie złamania kończyny górnej	5.09.00.0000102
103	unieruchomienie złamania obojczyka	5.09.00.0000103
104	unieruchomienie złamania kończyny dolnej	5.09.00.0000104
105	założenie wyciągu kończyny dolnej	5.09.00.0000105
106	zaopatrzenie rany okołoamputacyjnej - palca, - kończyny, - innej części ciała	5.09.00.0000106
107	zaopatrzenie rany kończyny z uszkodzeniem ścięgien	5.09.00.0000107
108	repozycja zwichnięcia stawu barkowego	5.09.00.0000108
109	repozycja zwichnięcia stawu łokciowego	5.09.00.0000109
110	repozycja zwichnięcia stawów dłoni	5.09.00.0000110
111	repozycja zwichnięcia stawu biodrowego	5.09.00.0000111
112	repozycja zwichnięcia stawu kolanowego	5.09.00.0000112
113	repozycja zwichnięcia stawu skokowego	5.09.00.0000113
114	repozycja zwichnięcia stawów stopy	5.09.00.0000114
115	tlenoterapia hiperbaryczna w wybranych zespołach okołourazowych	5.09.00.0000115
116	zaopatrzenie rany powierzchownej	5.09.00.0000116
117	zaopatrzenie rany postrzałowej	5.09.00.0000117
118	zatamowanie i zaopatrzenie krwawienia zewnętrznego	5.09.00.0000118
119	usunięcie ciała obcego z tkanek miękkich	5.09.00.0000119
120	nacięcie i zaopatrzenie ropnia podskórnego i tkanki miękkiej	5.09.00.0000120
121	wstępne leczenie rany oparzeniowej	5.09.00.0000121
122	escharotomia - fasciotomia	5.09.00.0000122
123	tlenoterapia hiperbaryczna (HbC_2) ran oparzeniowych	5.09.00.0000123
124	tlenoterapia hiperbaryczna (HbC_2) rany ischemicznej	5.09.00.0000124
125	dekontaminacja wewnętrzna i eliminacja toksyny z przewodu pokarmowego	5.09.00.0000125
126	dekontaminacja i neutralizacja toksyny w drogach oddechowych	5.09.00.0000126

127	dekontaminacja zewnętrzna w skażeniach	5.09.00.0000127
128	detoksykacja w zatruciach	5.09.00.0000128
129	terapia respiratorowa w zatruciach gazami i dymami	5.09.00.0000129
130	tlenoterapia hiperbaryczna w zatruciach gazami i dymami	5.09.00.0000130
131	ostra hemodializa detoksykacyjna	5.09.00.0000131
132	ostra hemofiltracja detoksykacyjna	5.09.00.0000132
133	ostra hemoperfuzja detoksykacyjna	5.09.00.0000133
134	znieczulenie powierzchniowe	5.09.00.0000134
135	znieczulenie nasiękowe	5.09.00.0000135
136	znieczulenie przewodowe	5.09.00.0000136
137	odcinkowe znieczulenie dożylne	5.09.00.0000137
138	znieczulenie ogólne	5.09.00.0000138
139	terapia przeciwbólowa	5.09.00.0000139
140	analgo-sedacja w nagłym zagrożeniu	5.09.00.0000140
141	monitorowanie ośrodkowego ciśnienia żylnego	5.09.00.0000141
142	monitorowanie akcji serca	5.09.00.0000142
143	monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną	5.09.00.0000143
144	monitorowanie ciśnienia tętniczego metodą inwazyjną	5.09.00.0000144
145	monitorowanie ciśnienia w tętnicy płucnej	5.09.00.0000145
146	monitorowanie rzutu serca	5.09.00.0000146
147	monitorowanie wymiany gazowej w płucach metodą kapnograficzna	5.09.00.0000147
148	monitorowanie pulsoksymetryczne	5.09.00.0000148
149	monitorowanie temperatury centralnej	5.09.00.0000149
150	monitorowanie temperatury powierzchownej	5.09.00.0000150
151	monitorowanie diurezy godzinowej	5.09.00.0000151
152	badanie elektrokardiograficzne	5.09.00.0000152
153	przyłóżkowe badanie radiologiczne głowy	5.09.00.0000153
154	przyłóżkowe badanie radiologiczne kręgosłupa szyjnego	5.09.00.0000154
155	przyłóżkowe badanie radiologiczne klatki piersiowej	5.09.00.0000155
156	przyłóżkowe badanie radiologiczne jamy brzusznej	5.09.00.0000156
157	przyłóżkowe badanie radiologiczne miednicy	5.09.00.0000157
158	przyłóżkowe badanie radiologiczne kończyn	5.09.00.0000158
159	ultrasonografia przyłóżkowa klatki piersiowej	5.09.00.0000159
160	ultrasonografia przyłóżkowa brzucha	5.09.00.0000160
161	ultrasonografia przyłóżkowa miednicy	5.09.00.0000161
162	ultrasonografia przyłóżkowa okołourazowa	5.09.00.0000162
163	badanie endoskopowe: - tchawicy i drzewa oskrzelowego, - przełyku i żołądka, odbytu	5.09.00.0000163
164	badania laboratoryjne - oznaczanie morfologii krw	5.09.00.0000164
165	badania laboratoryjne - oznaczanie próby krzyżowej	5.09.00.0000165
166	badania laboratoryjne - oznaczanie równowagi kwasowo-zasadowe	5.09.00.0000166
167	badania laboratoryjne - oznaczanie osmolalności krwi	5.09.00.0000167
168	badania laboratoryjne - wykonanie badania elektrolitowego surowicy	5.09.00.0000168
169	badania laboratoryjne - oznaczanie poziomu cukru w surowicy	5.09.00.0000169
170	badania laboratoryjne - oznaczanie wybranych enzymów specyficznych dla uszkodzeń narządowych	5.09.00.0000170
171	badanie płynu mózgowo-rdzeniowego	5.09.00.0000171
172	wybrane badania toksykologiczne płynów ustrojowych.	5.09.00.0000172

Szczegółowe warunki sumowania świadczeń

lp.	kod i nazwa świadczenia, z którymi można sumować	możliwość sumowania
		kod i nazwa świadczenia
1	5.06.00.0000070 - zakrzepica naczyniowa - leczenie zachowawcze (powyżej 7 dni hospitalizacji) 5.06.00.0000183 - zakrzepica żylna - leczenie chirurgiczne (trombektomia) 5.06.00.0000769 - patologia ciąży / położnictwo - zakrzepica w obrębie miednicy mniejszej ciężarnej lub w połogu (tylko III poziom opieki perinatalnej) - diagnostyka, leczenie 5.06.00.0000831 - zatorowość płucna - diagnostyka (TK spiralna/ scyntygrafia perfuzyjna płuc/ arteriografia płucna), leczenie 5.06.00.0000966 - ostre zespoły wieńcowe bez podwyższenia markerów mięśnia sercowego (nie dotyczy świadczenia o kodzie 5.06.00.0000021) 5.06.00.0001385 - ostre zespoły wieńcowe potwierdzone markerami martwicy mięśnia sercowego (nie dotyczy świadczenia o kodzie 5.06.00.0000021)	5.06.00.0000021 - leczenie trombolityczne streptokinazą (zatorowość płucna, zakrzepica) 5.06.00.0000203 - leczenie trombolityczne tPA/ tenekteplaza
2	5.06.00.0000003 - wodniak przymózgowy - ewakuacja 5.06.00.0000205 - krwiak śródmózgowy tylnego dołu czaszki - ewakuacja 5.06.00.0000349 - operacja guzów podstawy czaszki z dostępu podskroniowego 5.06.00.0000513 - krwiak śródmózgowy - ewakuacja 5.06.00.0000519 - usunięcie guza nerwu VIII (wewnątrzczaszkowo) 5.06.00.0000523 - wycięcie guza przysadki mózgowej 5.06.00.0000525 - wycięcie guza mózgu 5.06.00.0000537 - operacja zatoki jamistej z usunięciem wyrostka pochyłego przedniego lub wykonanie petrosektomii przedniej (dojście Kawase)/ lub guzów otworu żyły szyjnej wewnętrznej 5.06.00.0001159 - krwiak przymózgowy - ewakuacja 5.06.00.0001178 - wycięcie guza układu komorowego	5.06.00.0000094 - rewizja po operacji wewnątrzczaszkowej
3	5.06.00.0000306 - nietrzymanie moczu wysiłkowe - operacje pochwowe lub nadłonowe z użyciem taśmy, po uprzednim przeprowadzeniu badania urodynamicznego kompleksowego 5.06.00.0001158 - nietrzymanie moczu wysiłkowe - operacje pochwowa lub nadłonowa bez użycia taśmy, po uprzednim przeprowadzeniu badania urodynamicznego kompleksowego 5.06.00.0001262 - nietrzymanie moczu u dzieci - rekonstrukcja szyi pęcherza	5.06.00.0000721 - badanie urodynamiczne kompleksowe z profilometrią cewkową
4	5.06.00.0000067 - amputacja kończyny na poziomie palców ręki, stopy (również palców dodatkowych) 5.06.00.0000080 - niedokrwienie kończyn krytyczne - leczenie zachowawcze wg kryteriów TASC 5.06.00.0000152 - niedokrwienie kończyn ostre - leczenie operacyjne 5.06.00.0000204 - niedokrwienie kończyn przewlekłe - leczenie operacyjne - zabiegi na poziomie udowo - podkolanowym 5.06.00.0000209 - pomostowanie lub udrażnianie aortalno-nerkowe lub trzewne 5.06.00.0000374 - rewizja tętnicy podkolanowej bez rekonstrukcji 5.06.00.0000376 - udrożnienie naczyń: szyjnych, pachowych, podobojczykowych, kręgowych 5.06.00.0000380 - przetoka tętniczo-żylna wrodzona lub pourazowa - leczenie zabiegowe 5.06.00.0000382 - pęknięty tętniak aorty - leczenie operacyjne 5.06.00.0000385 - pomostowanie lub rekonstrukcja szyjno-szyjne / podobojczykowe / pachowe / ramienne 5.06.00.0000386 - pomostowanie lub rekonstrukcja - aorta wstępująca - pień ramiennogłowowy / tt. szyjna 5.06.00.0000388 - pomostowanie naczyń szyjnych 5.06.00.0000389 - niedokrwienie kończyn przewlekłe - leczenie operacyjne - zabiegi na poziomie aortalno - udowym 5.06.00.0000392 - operacja naczyniowa w obrębie żyły głównej dolnej 5.06.00.0000393 - wycięcie i zaopatrzenie tętniaka aorty brzusznej / tt. biodrowych 5.06.00.0000394 - reoperacje po naczyniowych operacjach naprawczych wymagające nowych rekonstrukcji 5.06.00.0000395 - wycięcie i zaopatrzenie tętniaka aorty piersiowej 5.06.00.0000396 - wycięcie tętniaka aorty piersiowo-brzusznej 5.06.00.0000873 - niedokrwienie kończyn przewlekłe - leczenie zachowawcze (pacjenci z IIB, III, IV stopniem w skali Fontainea) z diagnostyką (USG dopler, kapilaroskopia, echo serca) 5.06.00.0001281 - udrożnienie przetoki tetniczo-żylnej 5.06.00.0001282 - rekonstrukcja przetoki tętniczo-żylnej bez wykorzystania protezy naczyniowej 5.06.00.0001283 - rekonstrukcja przetoki tętniczo-żylnej z wykorzystaniem protezy naczyniowej 5.06.00.0001305 - amputacja kończyny dolnej z powodu niedokrwienia (dowolny poziom) - proksymalnie od palców 5.06.00.0001378 - pomosty pozaanatomiczne z użyciem środka technicznego	5.06.00.0000372 - arteriografia
5	5.06.00.0000969 - badanie elektrofizjologiczne serca (EPS) 5.06.00.0000970 - badanie elektrofizjologiczne serca (EPS) z ablacją prostą 5.06.00.0000972 - ablacja z użyciem systemu elektroanatomicznego 5.06.00.0000973 - badanie elektrofizjologiczne serca (EPS) z ablacją złożoną 5.06.00.0000975 - ablacja z użyciem systemu elektroanatomicznego 3D 5.06.00.0001097 - wszczepienie defibrylatora jednojamowego z co najmniej dwukrotnym skróconym badaniem EPS (z kosztem defibrylatora) 5.06.00.0001101 - wszczepienie rozrusznika serca jednojamowego (z kosztem rozrusznika) 5.06.00.0001102 - wszczepienie rozrusznika serca dwujamowego DDD/VDD (z kosztem rozrusznika) 5.06.00.0001251 - wszczepienie rozrusznika resynchronizującego 5.06.00.0001402 - wszczepienie defibrylatora dwujamowego z co najmniej dwukrotnym skróconym badaniem EPS	5.06.00.0000490 - koronarografia

lp.	kod i nazwa świadczenia, z którymi można sumować	możliwość sumowania kod i nazwa świadczenia
6	5.06.00.0000525 - wycięcie guza mózgu 5.06.00.0001178 - wycięcie guza układu komorowego	5.06.00.0000521 - stereotaktyczna biopsja mózgu
7	5.06.00.0000713 - patologia ciąży - obserwacja ciężarnej do 48 godzin 5.06.00.0000724 - patologia ciąży - niewydolność cieśniowo-szyjkowa (szew okrężny szyjki macicy) 5.06.00.0000738 - patologia ciąży - leczenie zachowawcze w ciąży - (hospitalizacja 3-5 dni) 5.06.00.0000743 - patologia ciąży - leczenie zachowawcze w ciąży - (hospitalizacja 6-10 dni) 5.06.00.0000744 - patologia ciąży/ położnictwo - gestoza z zagrażającą rzucawką wymagająca leczenia siarczanem magnezu i środkami hipotensyjnymi 5.06.00.0000753 - patologia ciąży/ położnictwo - gestoza powikłana rzucawką 5.06.00.0000760 - patologia ciąży - cukrzyca u ciężarnej ze zmianami naczyniowymi, R, F, RF, H i T - leczenie 5.06.00.0000765 - patologia ciąży - leczenie zachowawcze w ciąży - (hospitalizacja 11-20 dni) 5.06.00.0000766 - patologia ciąży - leczenie zachowawcze w ciąży - (hospitalizacja 21-35 dni) 5.06.00.0000767 - patologia ciąży - cukrzyca (GDM 2) u ciężarnej chorującej na cukrzycę, będąca w klasie B, C, D bez zmian naczyniowych 5.06.00.0000769 - patologia ciąży/ położnictwo - zakrzepica w obrębie miednicy mniejszej ciężarnej lub w połogu (tylko 3 poziom opieki perinatalnej) - diagnostyka, leczenie 5.06.00.0000771 - patologia ciąży - ostra niewydolność nerek ciężarnej (tylko 3 poziom opieki perinatalnej) 5.06.00.0000772 - patologia ciąży/ położnictwo - zespół HELLP, wstrząs septyczny z DIC,posocznica w ciąży lub połogu (tylko 3 poziom opieki perinatalnej) łącznie z pobytem w OAiIT/OIOM 5.06.00.0000777 - patologia ciąży - leczenie zachowawcze w ciąży - (hospitalizacja 36 dni i więcej)	5.06.00.0000723 - poród kleszczowy lub z zastosowaniem próżnociągu położniczego w trakcie porodu patologicznego 5.06.00.0000727 - poród fizjologiczny 5.06.00.0000728 - poród z pomocą ręczną lub z ręcznym oddzieleniem łożyska lub ciąży obumarłej po ukończonym 22 tygodniu trwania ciąży lub z szyciem pęknięcia krocza III stopnia 5.06.00.0000733 - poród z połogiem patologicznym 5.06.00.0000739 - poród mnogi 5.06.00.0000735 - cesarskie cięcie 5.06.00.0000741 - poród przedwczesny 5.06.00.0000762 - poród/ cięcie cesarskie i połóg chorej z HIV, ostrym WZW B, WZW C (wg instrukcji MZ dotyczących postępowania z pacjentami z HIV)
8	5.06.00.0000027 - leczenie zakażonych ran, owrzodzeń troficznych (z bad. hist-pat, bad. mikrobiologicznym), złamań, wymiana opatrunku gipsowego, usunięcie zespolenia zewnętrznego, korekcja osi kończyny (gipsotomia), usunięcie przezskórnie wprowadzonych grotów 5.06.00.0000086 - owrzodzenia podudzia - leczenie 5.06.00.0000804 - atopowe/ kontaktowe zapalenie skóry/ wyprysk endogenny (zaostrzenie) - diagnostyka wraz z leczeniem 5.06.00.0000862 - przyłuszczyca - leczenie okresu zaostrzeń 5.06.00.0000866 - łuszczyca - leczenie okresu zaostrzeń (bez światłolecznictwa) 5.06.00.0000867 - rumienie - leczenie okresu zaostrzenia 5.06.00.0000870 - martwicze choroby skóry - leczenie fazy zaostrzenia 5.06.00.0000871 - trądzik piorunujący i nasilony ropowiczy - leczenie okresu zaostrzeń 5.06.00.0000872 - erytrodermia - leczenie okresu zaostrzeń 5.06.00.0001313 - pokrzywka przewlekła - diagnostyka (próby ekspozycji), leczenie	5.06.00.0000857 - światłolecznictwo dermatologiczne
9	5.06.00.0000067 - amputacja kończyny na poziomie palców ręki, stopy (również palców dodatkowych) 5.06.00.0000204 - niedokrwienie kończyn przewlekłe - leczenie operacyjne - zabiegi na poziomie udowo - podkolanowym 5.06.00.0000374 - rewizja tętnicy podkolanowej bez rekonstrukcji 5.06.00.0000376 - udrożnienie naczyń: szyjnych, pachowych, podobojczykowych, kręgowych 5.06.00.0000385 - pomostowanie lub rekonstrukcja szyjno-szyjne / podobojczykowe / pachowe / ramienne 5.06.00.0000394 - reoperacje po naczyniowych operacjach naprawczych wymagające nowych rekonstrukcji 5.06.00.0000967 - ostre zespoły wieńcowe - leczenie przy pomocy angioplastyki wieńcowej balonowej 5.06.00.0000971 - ostre zespoły wieńcowe - leczenie przy pomocy angioplastyki wieńcowej z założeniem stentu/ stentów 5.06.00.0001305 - amputacja kończyny dolnej z powodu niedokrwienia (dowolny poziom) - proksymalnie od palców 5.06.00.0001378 - pomosty pozaanatomiczne z użyciem środka technicznego	5.06.00.0000947 - angioplastyka obwodowa (balonowa) 5.06.00.0000948 - angioplastyka obwodowa jednonaczyniowa z protezą samorozprężalną i/ lub stentowanie zespołu pozakrzepowego 5.06.00.0001432 - angioplastyka obwodowa z zastosowaniem co najmniej 2 stentów

lp.	kod i nazwa świadczenia, z którymi można sumować	możliwość sumowania kod i nazwa świadczenia
10	5.06.00.0000491 - operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - implantacja nasierdziowego układu stymulującego serca 5.06.00.0000493 - operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - zamknięcie chirurgiczne przewodu tętniczego Botalla 5.06.00.0000495 - operacja serca - uraz serca, perikardektomia, tamponada serca (nie obejmuje powikłania pooperacyjnego) 5.06.00.0000496 - operacja serca - śluzak, embolektomia płucna (w KPU) 5.06.00.0000497 - operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - zespolenie systemowo - płucne 5.06.00.0000498 - operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - operacja koarktacji aorty 5.06.00.0000499 - operacja serca - wieńcowa bez KPU 5.06.00.0000500 - operacja serca - wieńcowa w KPU 5.06.00.0000501 - powikłania zawału - leczenie chirurgiczne (wycięcie tętniaka lewej komory, zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej, plastyka niedokrwiennej zastawki mitralnej, zaopatrzenie pęknięcia lewej komory serca) 5.06.00.0000972 - ablacja z użyciem systemu elektroanatomicznego 5.06.00.0000975 - ablacja z użyciem systemu elektroanatomicznego 3D 5.06.00.0001105 - koronaroplastyka balonowa bez użycia stentów 5.06.00.0001106 - koronaroplastyka jednonaczyniowa z zastosowaniem stentu 5.06.00.0001107 - koronaroplastyka złożona (dwu/ trzynaczyniowa) z zastosowaniem stentów 5.06.00.0001408 - koronaroplastyka wielonaczyniowa z zastosowaniem co najmniej 2 stentów, w tym co najmniej 1 stentu uwalniajacego lek (DES) 5.06.00.0001409 - restenoza naczyń wieńcowych - prewencja, diagnostyka, leczenie z zastosowaniem 1 stentu uwalniającego lek 5.06.00.0001428 - ostre zespoły wieńcowe - hospitalizacja związana z leczeniem inwazyjnym 5.06.00.0001429 - przezskórna angioplastyka pomostu (pomostów) aortalno-wieńcowego (aortalno-wieńcowych)	5.06.00.0001097 - wszczepienie defibrylatora jednojamowego z co najmniej dwukrotnym skróconym badaniem EPS 5.06.00.0001101 - wszczepienie rozrusznika serca jednojamowego 5.06.00.0001102 - wszczepienie rozrusznika serca dwujamowego DDD/VDD 5.06.00.0001251 - wszczepienie rozrusznika resynchronizujacego 5.06.00.0001402 - wszczepienie defibrylatora dwujamowego z co najmniej dwukrotnym skróconym badaniem EPS
11	5.06.00.0001105 - koronaroplastyka balonowa bez użycia stentów wraz z odpowiednimi badaniami diagnostycznymi 5.06.00.0001106 - koronaroplastyka jednonaczyniowa z zastosowaniem stentu 5.06.00.0001107 - koronaroplastyka złożona (dwu/ trzynaczyniowa) z zastosowaniem stentów 5.06.00.0001408 - koronaroplastyka wielonaczyniowa z zastosowaniem co najmniej 2 stentów, w tym co najmniej 1 stentu uwalniajacego lek (DES) 5.06.00.0001409 - restenoza naczyń wieńcowych - prewencja, diagnostyka, leczenie z zastosowaniem 1 stentu uwalniającego lek (DES) 5.06.00.0001429 - przezskórna angioplastyka pomostu (pomostów) aortalno-wieńcowego (aortalno-wieńcowych)	5.06.00.0001177 - hospitalizacja w celu wykonania planowej koronaroplastyki lub plastyki pomostów aortalno-wieńcowych
12	5.06.00.0000955 - hospitalizacja hematologiczna nie związana z wykonaniem chemioterapii 5.06.00.0001021 - powikłania infekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku - diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu) 5.06.00.0001023 - powikłania nieinfekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku - diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu)	5.06.00.0001401 - pierwotny niedobór odporności lub wtórny niedobór immunoglobulin IgG poniżej 500 mg%, choroby tkanki łącznej, miastenia, samoistna plamica małopłytkowa na tle immunologicznym oraz niedobór odporności u chorych po przeszczepieniu szpiku lub narządu unaczynionego - leczenie przetoczeniami immunoglobulin
13	5.06.00.0000490 - koronarografia	5.06.00.0001176 - hospitalizacja w celu wykonania planowej koronarografii
14	5.06.00.0000993 - niewydolność serca lub hipoksja u dzieci z patologią układu krążenia 5.06.00.0000994 - niewydolność serca lub hipoksja u dzieci z patologią układu krążenia powyżej 2 tygodni 5.06.00.0001154 - diagnostyka i leczenie chorego z niewydolnością serca w okresie kwalifikacji do przeszczepu serca	5.06.00.0001251 - wszczepienie rozrusznika resynchronizujacego
15	5.06.00.0000966 - ostre zespoły wieńcowe bez podwyższenia markerów martwicy mięśnia sercowego 5.06.00.0001385 - ostre zespoły wieńcowe potwierdzone markerami martwicy mięśnia sercowego	5.06.00.0000203 - leczenie trombolityczne tPA/ tenekteplaza 5.06.00.0000492 - ostre zespoły wieńcowe - założenie kontrapulsacji wewnątrzaortalnej 5.06.00.0000970 - badanie elektrofizjologiczne serca (EPS) z ablacją prostą 5.06.00.0000972 - ablacja z użyciem systemu elektroanatomicznego 5.06.00.0000973 - badanie elektrofizjologiczne serca (EPS) z ablacją złożoną 5.06.00.0000975 - ablacja z użyciem systemu elektroanatomicznego 3D

lp.	kod i nazwa świadczenia, z którymi można sumować	możliwość sumowania kod i nazwa świadczenia
16	5.06.00.0001415 - leczenie w oddziale intensywnej terapii kardiologicznej	5.06.00.0000093 - biopsja narządowa otwarta, mięśnia sercowego (zamknięta-wyjątek), ogniska patologicznego z pełną diagnostyką 5.06.00.0000491 - operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - implantacja nasierdziowego układu stymulującego serca 5.06.00.0000493 - operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - zamknięcie chirurgiczne przewodu tętniczego botalla 5.06.00.0000495 - operacja serca - uraz serca, perikardektomia, tamponada serca (nie obejmuje powikłania pooperacyjnego) 5.06.00.0000496 - operacja serca - śluzak, embolektomia płucna (KPU) 5.06.00.0000497 - operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - zespolenie systemowo - płucne 5.06.00.0000498 - operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - operacja koarktacji aorty 5.06.00.0000499 - operacja serca - wieńcowa bez KPU 5.06.00.0000500 - operacja serca - wieńcowa w KPU 5.06.00.0000501 - powikłania zawału - leczenie chirurgiczne(wycięcie tętniaka lewej komory ,zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej, plastyka niedokrwiennej zastawki mitralnej, zaopatrzenie pęknięcia lewej komory serca) 5.06.00.0001097 - wszczepienie defibrylatora jednojamowego z co najmniej dwukrotnym skróconym badaniem EPS 5.06.00.0001099 - wymiana defibrylatora jednojamowego z co najmniej dwukrotnym skróconym badaniem EPS 5.06.00.0001101 - wszczepienie rozrusznika serca jednojamowego 5.06.00.0001102 - wszczepienie rozrusznika serca dwujamowego DDD/VDD 5.06.00.0001103 - wymiana rozrusznika serca jednojamowego 5.06.00.0001104 - wymiana rozrusznika serca dwujamowego DDD/VDD 5.06.00.0001108 - wady wrodzone serca - interwencyjne zabiegi kardiologiczne u dorosłych, w tym walwuloplastyka mitralna
17	5.06.00.0001428 - ostre zespoły wieńcowe - hospitalizacja związana z leczeniem inwazyjnym	5.06.00.0000203 - leczenie trombolityczne tPA/ tenekteplaza 5.06.00.0000490 - koronarografia 5.06.00.0000492 - ostre zespoły wieńcowe - założenie kontrapulsacji wewnątrzaortalnej 5.06.00.0000499 - operacja serca - wieńcowa bez KPU 5.06.00.0000500 - operacja serca - wieńcowa w KPU 5.06.00.0000501 - powikłania zawału - leczenie chirurgiczne 5.06.00.0000959 - ostre zespoły wieńcowe - leczenie przy pomocy stymulacji endokawitarnej 5.06.00.0000967 - ostre zespoły wieńcowe - leczenie przy pomocy angioplastyki wieńcowej balonowej 5.06.00.0000971 - ostre zespoły wieńcowe - leczenie przy pomocy angioplastyki wieńcowej z założeniem stentu/ stentów 5.06.00.0001097 - wszczepienie defibrylatora jednojamowego 5.06.00.0001101 - wszczepienie rozrusznika serca jednojamowego 5.06.00.0001102 - wszczepienie rozrusznika serca dwujamowego DDD/ VDD 5.06.00.0001251 - wszczepienie rozrusznika resynchronizującego 5.06.00.0001402 - wszczepienie defibrylatora dwujamowego
18	5.06.00.0001429 - przezskórna angioplastyka pomostu (pomostów) aortalno-wieńcowego (aortalno-wieńcowych)	5.06.00.0000203 - leczenie trombolityczne tPA/ tenekteplaza 5.06.00.0000499 - operacja serca - wieńcowa bez KPU 5.06.00.0000500 - operacja serca - wieńcowa w KPU 5.06.00.0001097 - wszczepienie defibrylatora jednojamowego z co najmniej dwukrotnym skróconym badaniem EPS 5.06.00.0001101 - wszczepienie rozrusznika serca jednojamowego 5.06.00.0001102 - wszczepienie rozrusznika serca dwujamowego DDD/ VDD 5.06.00.0001251 - wszczepienie rozrusznika resynchronizującego 5.06.00.0001402 - wszczepienie defibrylatora dwujamowego
19	5.06.00.0000157 - wycięcie piersi metodą Patey`a w postaci raka subklinicznego i zweryfikowanego z badaniem receptorów nowotworowych 5.06.00.0000177 - wycięcie macicy okołoporodowe 5.06.00.0000258 - leczenie w OAiIT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS 28 i TISS 28 dla dzieci - od 36 pkt w skali TISS 5.06.00.0000646 - zakotwiczenie protez ucha zewnętrznego i środkowego w kości skroniowej, kostniaki, zwężenia, guzy łagodne przewodu słuchowego zewnętrznego - usunięcie zmiany 5.06.00.0000681 - wszczepienie implantu ucha środkowego 5.06.00.0000687 - wszczepienie implantu pniowego 5.06.00.0000698 - wszczepienie implantu ślimakowego 5.06.00.0001029 - endoprotezoplastyka pierwotna łokcia, barku, nadgarstka, stawu skokowo-goleniowego, częściowa kolana 5.06.00.0001035 - resekcja nowotworu złośliwego lub zmian guzowatych zlokalizowanych w obrębie kończyny dolnej i obręczy biodrowej z rekonstrukcją stawu przy użyciu endoprotezy lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych 5.06.00.0001167 - zatrucie jadem kiełbasianym 5.06.00.0001214 - aktywacja procesora implantu ślimakowego/pniowego	5.06.00.0001430 - lek lub wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia
20	5.06.00.0000947 - angioplastyka obwodowa (balonowa) 5.06.00.0000948 - angioplastyka obwodowa jednonaczyniowa z protezą samorozprężalną i/ lub stentowanie zespołu pozakrzepowego 5.06.00.0001432 - angioplastyka obwodowa z zastosowaniem co najmniej 2 stentów	5.06.00.0001431 - hospitalizacja do arteriografii/ angioplastyki obwodowej

lp.	kod i nazwa świadczenia, z którymi można sumować	możliwość sumowania kod i nazwa świadczenia
21	5.06.00.0000257 - leczenie w OAiIT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS 28 i TISS 28 dla dzieci - od 25 do 35 pkt w skali TISS 5.06.00.0000258 - leczenie w OAiIT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS 28 i TISS 28 dla dzieci - od 36 pkt w skali TISS 5.06.00.0001435 - leczenie w OAiIT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS 28 i TISS 28 dla dzieci - od 19 do 24 pkt w skali TISS	5.06.00.0000006 - żywienie dojelitowe 5.06.00.0000018 - kompletne żywienie pozajelitowe 5.06.00.0000035 - zakładanie portów do radykalnej chemioterapii i/ lub kontaktu centralnego 5.06.00.0000913 - gastroskopia z zabiegiem zakładania przezskórnej gastrostomii 5.06.00.0000938 - plazmafereza lecznicza 5.06.00.0000940 - przetoczenie koncentratu masy erytrocytarnej 5.06.00.0000941 - przetoczenie koncentratu granulocytarnego z aferezy 5.06.00.0000942 - przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych z trombaferezy automatycznej 5.06.00.0000943 - przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych zlewanych 5.06.00.0001322 - przetoczenie osocza powyżej 2 j. 5.06.00.0001416 - częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe 5.06.00.0001430 - lek lub wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia (dotyczy wyłącznie świadczenia: 5.06.00.0000258) 5.06.00.0001434 - żywienie pozajelitowe immunomodulujące 5.06.00.0001436 - ciągła hemofiltracja/ hemodiafiltracja żylno - żylna
22	5.06.00.0000954 - hospitalizacja hematologiczna w celu wykonania chemioterapii 5.06.00.0000956 - hospitalizacja w celu diagnostyki i wdrożenia intensywnego leczenia chemioterapią ostrych białaczek lub chłoniaka Burkitta lub immunoablacj z powodu aplazji szpiku 5.06.00.0001315 - hospitalizacja onkologiczna w celu wykonania chemioterapii u dorosłych 5.06.00.0001333 - hospitalizacja hematologiczna w celu wykonania chemioterapii u dzieci 5.06.00.0001416 - częściowe (niekompletne) żywienie pozajelitowe 5.06.00.0001434 - żywienie pozajelitowe immunomodulujące 5.06.00.0000257 - leczenie w OAiIT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS 28 i TISS 28 dla dzieci - od 25 do 35 pkt w skali TISS 5.06.00.0000258 - leczenie w OAiIT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS 28 i TISS 28 dla dzieci - od 36 pkt w skali TISS 5.06.00.0001435 - leczenie w OAiIT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS 28 i TISS 28 dla dzieci - od 19 do 24 pkt w skali TISS 5.06.00.0000956 - hospitalizacja w celu diagnostyki i wdrożenia intensywnego leczenia chemioterapią ostrych białaczek lub chłoniaka Burkitta lub immunoablacj z powodu aplazji szpiku	5.06.00.0000035 - zakładanie portów do radykalnej chemioterapii i/ lub kontaktu centralnego
23	5.06.00.0000921 - ostre lub zaostrzone zapalenie trzustki (bez ciężkich postaci ostrego zapalenia) - leczenie	5.06.00.0000120 - otwarcie jamy otrzewnowej w ostrym zapaleniu trzustki
24	5.06.00.0000723 - poród kleszczowy lub poród z użyciem próżnociągu położniczego 5.06.00.0000727 - poród fizjologiczny 5.06.00.0000728 - poród z pomocą ręczną lub z ręcznym oddzieleniem łożyska lub ciąży obumarłej po ukończonym 22 tygodniu trwania ciąży lub z szyciem pęknięcia krocza III stopnia 5.06.00.0000733 - poród z połogiem patologicznym 5.06.00.0000739 - poród mnogi 5.06.00.0000741 - poród przedwczesny 5.06.00.0000762 - poród/ cięcie cesarskie i połóg chorej z HIV, ostrym WZW B, WZW C (wg instrukcji MZ dotyczących postępowania z pacjentami z HIV) - (nie dotyczy cięcia cesarskiego)	5.06.00.0000248 - znieczulenie porodu
25	5.06.00.0000258 - leczenie w OAiIT pacjentów kwalifikowanych wg skali TISS 28 i TISS 28 dla dzieci - od 36 pkt w skali TISS	5.06.00.0001430 - lek lub wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia (dotyczy wyłącznie podanego czynnika VIIa)
26	5.06.00.0000956 - hospitalizacja w celu diagnostyki i wdrożenia intensywnego leczenia chemioterapią ostrych białaczek lub chłoniaka Burkitta lub immunoablacj z powodu aplazji szpiku	5.06.00.0000035 - zakładanie portów do radykalnej chemioterapii i/ lub kontaktu centralnego 5.06.00.0000937 - leukafereza lecznicza 5.06.00.0000938 - plazmafereza lecznicza 5.06.00.0000939 - pobranie i przetoczenie limfocytów dawcy (DLI) 5.06.00.0000940 - przetoczenie koncentratu masy erytrocytarnej 5.06.00.0000941 - przetoczenie koncentratu granulocytarnego z aferezy 5.06.00.0000942 - przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych z trombaferezy automatycznej 5.06.00.0000943 - przetoczenie koncentratu krwinek płytkowych zlewanych 5.06.00.0001322 - przetoczenie osocza powyżej 2 j
27	5.06.00.0000491 - operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - implantacja nasierdziowego układu stymulującego serca 5.06.00.0000493 - operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - zamknięcie chirurgiczne przewodu tętniczego Botalla 5.06.00.0000495 - operacja serca - uraz serca, perikardektomia, tamponada serca (nie obejmuje powikłania pooperacyjnego) 5.06.00.0000496 - operacja serca - śluzak, embolektomia płucna (w KPU) 5.06.00.0000497 - operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - zespolenie systemowo - płucne 5.06.00.0000498 - operacje wad wrodzonych serca i aorty piersiowej u dzieci powyżej 1 r. życia i dorosłych bez użycia krążenia pozaustrojowego - operacja koarktacji aorty 5.06.00.0000499 - operacja serca - wieńcowa bez KPU 5.06.00.0000500 - operacja serca - wieńcowa w KPU 5.06.00.0000501 - powikłania zawału - leczenie chirurgiczne (wycięcie tętniaka lewej komory, zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej, plastyka niedokrwiennej zastawki mitralnej, zaopatrzenie pęknięcia lewej komory serca) 5.06.00.0001108 - wady wrodzone serca - interwencyjne zabiegi kardiologiczne u dorosłych, w tym walwuloplastyka mitralna	5.06.00.0000494 - zapalenie wsierdzia - leczenie 5.06.00.0000502 - wspomaganie krążenia przy operacjach serca i aorty przy użyciu balonu

lp.	kod i nazwa świadczenia, z którymi można sumować	możliwość sumowania kod i nazwa świadczenia
28	5.06.00.0000499 - operacja serca - wieńcowa bez KPU 5.06.00.0000500 - operacja serca - wieńcowa w KPU	5.06.00.0000492 - ostre zespoły wieńcowe - założenie kontrapulsacji wewnątrzaortalnej 5.06.00.0000502 - wspomaganie krążenia przy operacjach serca i aorty przy użyciu balonu
29	5.06.00.0000970 - badanie elektrofizjologiczne serca (EPS) z ablacją prostą	5.06.00.0001101 - wszczepienie rozrusznika serca jednojamowego (z kosztem rozrusznika) 5.06.00.0001102 - wszczepienie rozrusznika serca dwujamowego DDD/VDD (z kosztem rozrusznika) 5.06.00.0001251 - wszczepienie rozrusznika resynchronizującego
30	5.06.00.00001340 - usunięcie układu stymulującego z powodu infekcji/ nadmiaru elektrod	5.06.00.0001101 - wszczepienie rozrusznika serca jednojamowego 5.06.00.0001102 - wszczepienie rozrusznika serca dwujamowego DDD/ VDD 5.06.00.0001251 - wszczepienie rozrusznika resynchronizującego
31	5.06.00.00001405 - rozszerzenie stymulacji serca jednojamowej do dwujamowej wraz z wymianą rozrusznika	5.06.00.0001097 - wszczepienie defibrylatora jednojamowego z co najmniej dwukrotnym skróconym badaniem EPS 5.06.00.0001402 - wszczepienie defibrylatora dwujamowego z co najmniej dwukrotnym skróconym badaniem EPS

Wytyczne stosowania świadczenia „Hospitalizacja za zgodą płatnika”

1. Świadczenie „Hospitalizacja za zgodą płatnika” jest procedurą występującą w katalogu szpitalnym dla potrzeby rozliczenia świadczeń, których nie można zakwalifikować w innych pozycjach katalogów i może być stosowana wyłącznie dla finansowania świadczeń zgodnie z poniższymi zasadami:
   1) finansowanie świadczenia odbywa się w ramach budżetu oddziału wojewódzkiego Funduszu na dany rodzaj świadczeń, w ramach zawartej umowy ze świadczeniodawcą,
   2) świadczeniodawca wystąpił z wnioskiem do oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie poprzedzającym realizację świadczenia, w wyjątkowych sytuacjach w trakcie realizacji i uzyskał zgodę na sfinansowanie procesu terapeutycznego wskazanego we wniosku,
   3) wniosek zawiera uzasadnienie terapeutyczne oraz szacunkowy koszt realizacji świadczenia.
2. Procedury „Hospitalizacja za zgodą płatnika” wykorzystuje się dla rozliczania świadczeń:
   a) związanych z innowacyjnymi technikami terapeutycznymi, które nie występują w aktualnych katalogach świadczeń,
   b) przy realizacji świadczenia zastosowano środki biomedyczne lub środki techniczne, które nie są uznane za standardowe postępowanie zgodnie z obowiązującą sztuką medyczną, są dopuszczone do obrotu na terenie kraju, nie są technologią w trakcie badania klinicznego i mają uzasadnioną skuteczność medyczną a jednocześnie ich koszt przekracza o co najmniej 30% wartość świadczenia ujętego w katalogu i stanowiącego podstawę do rozliczenia,
3. Zabrania się stosowania procedury „hospitalizacja za zgodą płatnika” dla rozliczania świadczeń wskazanych w katalogu świadczeń szpitalnych.
4. Procedura wyrażania zgody na realizacje świadczenia:
   1) świadczeniodawca, który planuje realizację świadczenia składa wniosek (wzór wniosku stanowi załącznik nr 14b do materiałów informacyjnych) do właściwego

terytorialnie oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie przed rozpoczęciem realizacji procedury lub w wyjątkowych, uzasadnionych przypadkach w trakcie jej realizacji,

2) we wniosku konieczne jest wskazanie w szczególności informacji o:
   a) uzasadnieniu medycznym zastosowania określonego postępowania terapeutycznego,
   b) przewidywanym koszcie realizacji świadczenia,
   c) przewidywanym terminie realizacji świadczenia,
   d) danych osobowych wszystkich osób, których dotyczy wniosek, w przypadku gdy wniosek dotyczy więcej niż jednej osoby.
3) zgodę na wykonanie procedury terapeutycznej rozliczanej jako „hospitalizacja za zgodą płatnika" wydaje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu lub osoba przez niego upełnomocniona,
4) dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu lub osoba przez niego upełnomocniona może zmienić decyzję w zakresie kosztów świadczenia „hospitalizacja za zgodą płatnika", jeśli w trakcie realizacji świadczenia nastąpiły istotne zmiany, mające wpływa na jego wartość. Jeżeli kalkulacja kosztów przedstawiona we wniosku oparta jest o wstępną kalkulację, przed rozliczeniem świadczenia świadczeniodawca zobowiązany jest przedstawić zweryfikowane koszty poniesione w trakcie realizacji tego świadczenia
5) w sprawozdawczości z realizacji procedury obowiązuje zakres informacji taki sam jak dla innych świadczeń szpitalnych tj. raport statystyczny z informacją o świadczeniobiorcy, przyczynie leczenia określonej zgodnie z klasyfikacją ICD 10 i inne,
6) oddział wojewódzki NFZ ma obowiązek prowadzenie rejestru wydawanych zgód na realizację procedury uwzględniający zakres danych wskazany w załączniku.

Wniosek o wyrażenie zgody płatnika na sfinansowanie świadczenia wskazanego w katalogu procedur szpitalnych jako "Hospitalizacja za zgodą płatnika" w ramach wartości zawartej umowy

Do Dyrektora …… Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Adres: ……..

Dane świadczeniodawcy składającego wniosek:

Nazwa

Adres

Numer umowy z NFZ

Dane świadczeniobiorcy (ubezpieczonego)

Nazwisko | Imię

Pesel

numer pesel

Data urodzenia

rok | miesiąc | dzień

Adres zamieszkania

miejscowość | kod pocztowy | ulica | nr domu

Oddział NFZ ubezpieczonego

kod oddziału

Opis świadczenia wraz z uzasadnieniem medycznym zastosowania procedury

Szacowany koszt świadczenia

Planowany termin realizacji świadczenia

data | podpis i pieczątka wnioskującego

Decyzja Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ (niewłaściwe skreślić)

Wyrażono zgodę na realizację ww. wniosku — data | podpis

Nie wyrazono zgody na realizację ww. wniosku — data | podpis

załącznik nr 15 a do mat. inf. _ SZP
stanowiących załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu Nr /2006

Wytyczne stosowania świadczenia
„Chemioterapia niestandardowa”

1. Świadczenie „Chemioterapia niestandardowa” jest procedurą występującą w Katalogu świadczeń onkologicznych – chemioterapia / wykazie substancji czynnych stosowanych w terapii nowotworów dla potrzeby rozliczenia świadczeń, których nie można zakwalifikować w innych pozycjach katalogu i może być stosowana wyłącznie dla finansowania świadczeń związanych z zastosowaniem:
    1) innego schematu leczenia przeciwnowotworowego niż wymieniony w Katalogu, o którym mowa w § 1 ust. 3 pkt 3 materiałów informacyjnych,
    2) innego dawkowania schematu leczenia przeciwnowotworowego niż wymieniony w Katalogu, o którym mowa w § 1 ust. 3 pkt 3 materiałów informacyjnych, w przypadku gdy dawkowanie jest wyższe niż określono w Katalogu,
    3) leków sprowadzanych w ramach importu docelowego oraz substancji czynnych spoza wykazu, o którym mowa w § 12 ust. 1 materiałów informacyjnych.
2. Warunkiem niezbędnym do rozliczenia świadczenia „Chemioterapia niestandardowa” jest uzyskanie pisemnej akceptacji Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu dla wniosku świadczeniodawcy, pozytywnie zaopiniowanego przez konsultanta wojewódzkiego odpowiednio: w dziedzinie onkologii klinicznej, hematologii, hematoonkologii dziecięcej albo ginekologii onkologicznej. Wzór wniosku określa załącznik nr 16 do materiałów informacyjnych.
3. Świadczeniodawca powinien uzyskać ww. akceptację przed rozpoczęciem realizacji procedury, wyjątkowo, w uzasadnionych przypadkach w trakcie jej realizacji.
4. Finansowanie świadczenia „Chemioterapia niestandardowa” odbywa się w ramach zawartej ze świadczeniodawcą umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne – chemioterapia i nie zwiększa kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy.
5. Sposób rozliczania świadczenia „Chemioterapia niestandardowa” odbywa się zgodnie z zasadami określonymi dla procedur ujętych w Katalogu świadczeń onkologicznych –chemioterapia.
6. Oddział Wojewódzki Funduszu prowadzi Rejestr złożonych wniosków wraz ze sposobem ich rozstrzygnięcia, dotyczących realizacji procedur chemioterapia niestandardowa uwzględniający zakres danych wskazany we wniosku, określonym w załączniku nr 16 do materiałów informacyjnych.

załącznik nr 15 b do mat. inf. _ SZP
stanowiących załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu Nr /2006

Wytyczne stosowania świadczenia
„Farmakoterapia niestandardowa”

1. Świadczenie „**Farmakoterapia niestandardowa”** jest procedurą występującą w Katalogu świadczeń szpitalnych, dla potrzeby rozliczenia farmakoterapii niezwiązanej z leczeniem nowotworów, której nie można zakwalifikować w innych pozycjach Katalogu świadczeń szpitalnych.
2. Substancja czynna, z zastosowaniem której ma być prowadzona farmakoterapia nie może znajdować się w Katalogu programów terapeutycznych (lekowych) we wskazaniu i dawkowaniu zgodnym z opisem programu.
3. Warunkiem niezbędnym do rozliczenia świadczenia „Farmakoterapia niestandardowa” jest uzyskanie pisemnej akceptacji Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu dla wniosku świadczeniodawcy, pozytywnie zaopiniowanego przez konsultanta wojewódzkiego z danej dziedzinie medycyny. Wzór wniosku określa załącznik nr 16 do materiałów informacyjnych.
4. Świadczeniodawca powinien uzyskać ww. akceptację przed rozpoczęciem realizacji procedury, wyjątkowo, w uzasadnionych przypadkach w trakcie jej realizacji.
5. Finansowanie świadczenia w ramach procedury „Farmakoterapia niestandardowa” odbywa się w ramach zawartej ze świadczeniodawcą umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju: leczenie szpitalne i nie zwiększa kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy.
6. Sposób rozliczania świadczenia w ramach procedury „Farmakoterapia niestandardowa” odbywa się zgodnie z zasadami określonymi dla procedur ujętych w Katalogu świadczeń szpitalnych.
7. Oddział wojewódzki Funduszu prowadzi Rejestr złożonych wniosków wraz ze sposobem ich rozstrzygnięcia, związanych z realizacją procedur ,,Farmakoterapia niestandardowa”, uwzględniający zakres danych wskazany we wniosku, określonym w załączniku nr 16 do materiałów informacyjnych.

Załącznik nr16 do mat. inf. _ SZP
stanowiących załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu Nr /2006

Wniosek o chemioterapię/farmakoterapię* niestandardową

* niepotrzebne skreślić

Do Dyrektora ……Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Dane świadczeniodawcy składającego wniosek:

Nazwa	

Numer umowy z Funduszem w zakresie odpowiednio: chemioterapii albo leczenia szpitalnego	

Dane Świadczeniobiorcy (pacjenta)

PESEL | | | | | | | | | | | |

Opis świadczenia z podaniem schematu chemioterapii / farmakoterapii niestandardowej wraz z uzasadnieniem medycznym zastosowania procedury

Rozpoznanie słowne:
……
……
……....
Kod rozpoznania wg klasyfikacji ICD 10:

			.	

Skrócona nazwa schematu (o ile występuje w literaturze) ……..

Przebieg dotychczasowego leczenia:

……
……
……
……
……
……

Uzasadnienie do proponowanego leczenia:

……
……
……
……
……

Nazwa międzynarodowa leku	Nazwa handlowa leku	Postać leku	Dawka leku w postaci	Ilość leku na 1 cykl (wraz z jednostką miary – mg; g; j.m. itp.)	**Dawkowanie leku**						Długość cyklu wraz z przerwą pomiędzy podaniami	Wartość leku brutto w zł
					Definicja dawki w jednym podaniu (liczba) *	Jednostka miary dawki w jednym podaniu (mg; g; j. m. itp.)	Sposób obliczenia dawki podanej (właściwe zakreślić)	Wartość parametru pacjenta	Wyliczona dawka należna dla pacjenta **	Dzień / dni podania		
							/m^2 /kg m. c. Bezpośrednio					
							/m^2 / kg m. c. Bezpośrednio					
							/m^2 / kg m. c. Bezpośrednio					
Sumaryczna wartość leków we wnioskowanym schemacie / terapii												
Sumaryczna wartość leków we wszystkich cyklach / terapii												

* - ilość leku jaka będzie podana pacjentowi na jednostkę parametru tj. na $1m^2$ lub 1kg lub bezpośrednio (bez względu na wagę oraz powierzchnię ciała)
** - ilość leku jaka będzie faktycznie podana pacjentowi tj. wartość powstała z pomnożenia dawki z definicji przez parametr

Przewidywana liczba cykli wg opisanego powyżej schematu: ……

Planowany termin realizacji świadczenia	Cykl 1 Cykl 2 Cykl 3	Od dnia …….. do dnia …… Od dnia ……. do dnia …… Od dnia ……. Do dnia ……	Cykl ….. Cykl ….. …	Od dnia …….. do dnia …….. Od dnia …….. do dnia …….. …

…….. Data	…….. Podpis i pieczątka lekarza wnioskującego

…….. Data	…… podpis i pieczątka dyrektora Świadczeniodawcy wnioskującego o leczenie

Opinia konsultanta wojewódzkiego z danej dziedziny medycyny wraz z uzasadnieniem terapeutycznym

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

…….. Data	…….. Podpis i pieczątka konsultanta