Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

27.08-2021 r. (poz.1592.)

-Wzór-

 Zamówienie indywidualne na produkty krwiopochodne, z wyłączeniem immunoglobuliny anty-RhD, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę[[1]](#footnote-1))

|  |
| --- |
|  …………………………Oznaczenie podmiotu leczniczegoImię i nazwisko pacjenta: …………………………………………………………………. |
| Numer PESEL pacjenta[[2]](#footnote-2)): ………………………………………………………………... |
| Data urodzenia pacjenta (dd-mm-rrrr): | ⬜ ⬜ - ⬜ ⬜ - ⬜ ⬜ ⬜ ⬜  |
| Karta postępowania wystawiona przez ośrodek leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych: | [ ] TAKtermin następnej aktualizacji karty: ⬜ ⬜ - ⬜ ⬜ - ⬜ ⬜ ⬜ ⬜  | [ ]  NIE |
| Rodzaj skazy krwotocznej oraz postać: |
| [ ]  hemofilia A | [ ] ciężka | [ ]  umiarkowana | [ ]  łagodna |
| [ ]  hemofilia B[ ]  nabyta hemofilia A | [ ]  ciężka | [ ]  umiarkowana | [ ]  łagodna |
| [ ]  choroba von Willebranda[ ]  nabyty zespół von Willebranda[ ]  niedobory fibrynogenu | [ ]  typ 1 | [ ]  typ 2 | [ ]  typ 3 |
| [ ]  niedobór protrombiny |  |  |  |
| [ ]  niedobór czynnika V |  |  |  |
| [ ]  niedobór czynnika VII (hypoprokonwertynemia)[ ]  niedobór czynnika X[ ]  niedobór czynnika XI |
| [ ]  niedobór czynnika XIII |  |
| [ ]  złożony niedobór czynnika V i czynnika VIII |
| [ ]  złożony wrodzony niedobór czynnika II, czynnika VII, czynnika IX i czynnika X |
| [ ]  obecność inhibitora fibrynogenu, czynnika II, V, VII, X, XI lub XIII (allo- lub autoprzeciwciał) |
| [ ]  Trombastenia Glanzmanna |  |
| [ ]  zespół Bernarda-Souliera |
| [ ]  inne wrodzone trombocytopatie |
| [ ]  nosicielka hemofilii A i B z graniczną aktywnością czynnika VIII lub IX oraz dodatnim wywiadem krwotocznym |
| [ ]  graniczna aktywność czynnika von Willebranda oraz dodatnim wywiadem krwotocznym |
| [ ]  inne\*\*podać jakie: ………………………………………………………… |  |
| Obecność inhibitora:  |
| [ ]  niskie maksymalne miano(do 5 jednostek Bethesda włącznie) | [ ]  wysokie maksymalne miano(powyżej 5 jednostek Bethesda) |
| [ ]  w trakcie diagnostyki |  |
| Zalecana ilość czynnika krzepnięcia/desmopresyny:………(określona na podstawie wagi pacjenta, wynoszącej:….……kg) |
|  | [ ]  | koncentrat czynnika VIII |
|  | [ ]  | koncentrat rekombinowanego czynnika VIII |
|  | [ ]  | koncentrat czynnika IX |
|  | [ ]  | koncentrat rekombinowanego czynnika IX |
|  | [ ]  | koncentrat czynnika VIII zawierający czynnik von Willebranda |
|  | [ ]  | koncentrat aktywowanych czynników zespołu aPCC |
|  | [ ]  | koncentrat czynników zespołu protrombiny PCC |
|  | [ ]  | koncentrat czynnika VII |
|  | [ ]  | desmopresyna dożylna |
|  | [ ]  | desmopresyna donosowa |
|  | [ ]  | koncentrat rekombinowanego czynnika VIIa |
|  | [ ]  | koncentrat fibrynogenu |
|  | [ ]  | koncentrat czynnika XIII |
|  | [ ]  | koncentrat wieprzowego rekombinowanego czynnika VIII (rpFVIII) |
| Wskazania do wydania koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny |
| 1. Koncentrat czynnika VIII |
|   | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie domowe - program ITI  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne |
|  | [ ]  | leczenie szpitalne  |
| 2. Koncentrat rekombinowanego czynnika VIII[[3]](#footnote-3)) |
|  | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia  |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie domowe - program ITI  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne |
|  | [ ]  | leczenie szpitalne  |
| 3. Koncentrat czynnika IX |
|  | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie domowe - program ITI  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne  |
|  | [ ]  | leczenie szpitalne  |
| 4. Koncentrat rekombinowanego czynnika IX[[4]](#footnote-4)4) |
|  | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie domowe - program ITI  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne |
|  | [ ]  | leczenie szpitalne |
| 5. Koncentrat czynnika VIII zawierający czynnik von Willebranda, zarejestrowany ze wskazaniem do leczenia choroby von Willebranda |
|  | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia  |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne  |
|  | [ ]  | leczenie szpitalne |
| 6. Koncentrat czynników zespołu protrombiny (PCC) |
|  | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne  |
|  | [ ]  | leczenie szpitalne |
| 7. Koncentrat aktywowanych czynników zespołu protrombiny (aPCC) |
|  | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne  |
|  | [ ]  | leczenie szpitalne |
| 8. Koncentrat rekombinowanego czynnika VIIa |
|  | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne |
|  | [ ]  | leczenie szpitalne |
| 9. Koncentrat czynnika VII |
|  | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne  |
|  | [ ]  | leczenie szpitalne  |
| 10. Koncentrat fibrynogenu |
|  | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne  |
|  [ ]  leczenie szpitalne |
| 11. Koncentrat czynnika XIII |
|  | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne  |
|  [ ]  leczenie szpitalne |
| 12. Desmopresyna dożylna  |
|  | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne  |
|  | [ ]  | leczenie szpitalne  |
| 13. Desmopresyna donosowa |
|  | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne  |
|  | [ ]  | leczenie szpitalne  |
| 14. wieprzowy rekombinowany czynnik VIII (rpFVIII)  |
|  | [ ]  | leczenie domowe - krwawienia |
|  | [ ]  | leczenie domowe - profilaktyka  |
|  | [ ]  | leczenie ambulatoryjne  |
|  | [ ]  | leczenie szpitalne  |

|  |  |
| --- | --- |
| ........................................................ data | ………………………………………………. oznaczenie[[5]](#endnote-1)5) i podpis lekarza |

1. ) W przypadku wypełnienia zamówienia indywidualnego w internetowym systemie zleceń na koncentraty czynników krzepnięcia i desmopresynę, wydruk może zawierać wyłącznie pola zaznaczone przez lekarza w zakresie rodzaju skazy krwotocznej, wybranego przez lekarza rodzaju produktu leczniczego wraz ze wskazaniem do ich podania. [↑](#footnote-ref-1)
2. ) W przypadku braku numeru PESEL, należy podać rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość. [↑](#footnote-ref-2)
3. 3) Do leczenia krwawień u pacjentów z hemofilią A, którzy nie otrzymywali wcześniej koncentratu osoczopochodnego czynnika VIII – w przypadku osób dorosłych wymagana jest weryfikacja przez lekarza z ośrodka leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych oraz wydanie opinii i ostateczna kwalifikacja przez Radę Programu, o której mowa w programie polityki zdrowotnej dotyczącym leczenia hemofilii pokrewnych skaz krwotocznych przyjętym przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-3)
4. 4) Do leczenia krwawień u pacjentów z hemofilią B, którzy nie otrzymywali wcześniej koncentratu osoczopochodnego czynnika IX – w przypadku osób dorosłych wymagana jest weryfikacja przez lekarza z ośrodka leczenia hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych oraz wydanie opinii i ostateczna kwalifikacja przez Radę Programu, o której mowa w programie polityki zdrowotnej dotyczącym leczenia hemofilii pokrewnych skaz krwotocznych przyjętym przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. [↑](#footnote-ref-4)
5. 5) Oznaczenie zawiera: imię, nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację, jeżeli dotyczy. [↑](#endnote-ref-1)