



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 27 grudnia 2018 r.

Poz. 2414

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 13 grudnia 2018 r.

w sprawie szczegółowego wzoru zamówienia indywidualnego na produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę

Na podstawie art. 27 ust. 5 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2017 r. poz. 1371 oraz z 2018 r. poz. 1375) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wzór zamówienia indywidualnego na produkty krwiopochodne, z wyłączeniem immunoglobuliny anty-RhD, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę określa załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2016 r. w sprawie szczegółowego wzoru zamówienia indywidualnego na produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę (Dz. U. poz. 1951).

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

Minister Zdrowia: *wz. J. Szczurek-Żelazko*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 13 grudnia 2018 r. (poz. 2414)

WZÓR

Zamówienie indywidualne na produkty krwiopochodne, z wyłączeniem immunoglobuliny
anty-RhD, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę¹⁾

.....
Oznaczenie podmiotu leczniczego

Imię i nazwisko pacjenta:

Numer PESEL pacjenta²⁾:

Data urodzenia pacjenta (dd-mm-rrrr): - -

Karta postępowania wystawiona przez ośrodek TAK NIE
leczenia hemofilii i pokrewnych skaz termin następnej aktualizacji karty:

krwotocznych: - -

Rodzaj skazy krwotocznej oraz postać:

- | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hemofilia A | <input type="checkbox"/> ciężka | <input type="checkbox"/> umiarkowana | <input type="checkbox"/> łagodna |
| powikłana inhibitorem: | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> brak danych |
| <input type="checkbox"/> hemofilia B | <input type="checkbox"/> ciężka | <input type="checkbox"/> umiarkowana | <input type="checkbox"/> łagodna |
| powikłana inhibitorem: | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE | <input type="checkbox"/> brak danych |
| <input type="checkbox"/> nabyta hemofilia A | | | |
| <input type="checkbox"/> choroba von Willebranda | <input type="checkbox"/> typ 1 | <input type="checkbox"/> typ 2 | <input type="checkbox"/> typ 3 |
| <input type="checkbox"/> nabyty zespół von Willebranda | | | |

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.

²⁾ W przypadku braku numeru PESEL, należy podać rodzaj i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.

- niedobory fibrynogenu
- 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 aktywności czynnika von Willebranda oraz dodatnim wywiadem krwotocznym
- inne*

* podać, jakie:

Obecność inhibitora:

- niskie maksymalne miano wysokie maksymalne miano
(do 5 jednostek Bethesda włącznie) (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

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 VIII³⁾

- leczenie domowe – krwawienia

³⁾ Do leczenia krwawień u pacjentów z hemofilią A, którzy nie otrzymywali wcześniej koncentratu osoczo pochodnego czynnika VIII – w przypadku osób dorosłych jest wymagana 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 i 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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

- 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 IX⁴⁾

- 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 domowe – program ITI

⁴⁾ Do leczenia krwawień u pacjentów z hemofilią B, którzy nie otrzymywali wcześniej koncentratu osoczopochodnego czynnika IX – w przypadku osób dorosłych jest wymagana weryfikacja przez lekarza z ośrodka leczenia hemofilii i pokrewnych szkodliwych krwotocznych oraz wydanie opinii i ostateczna kwalifikacja przez Radę Programu, o której mowa w programie polityki zdrowotnej dotyczącym leczenia hemofilii i pokrewnych szkodliwych 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 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

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

.....
data

.....
oznaczenie⁵⁾ i podpis lekarza

⁵⁾ Oznaczenie zawiera: imię, nazwisko, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu oraz specjalizację, jeżeli dotyczy.