**2. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji oraz monitorowania leczenia pacjenta, zgodnie z opisami programów, przez Zespół Koordynacyjny ds. stosowania hormonu wzrostu**

**I A. Wzór wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki**

**ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY DS. STOSOWANIA HORMONU WZROSTU**

**WNIOSEK**

**o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu w somatotropinowej niedoczynności przysadki**

*(Wypełniony wniosek należy przesłać drogą elektroniczną oraz tradycyjną na adres Zespołu Koordynacyjnego)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nr wniosku | Inicjały pacjenta | Płeć (M/K) |
| 1. PESEL dziecka | 2. Data wystawienia wniosku | |

**A. Dane personalne pacjenta i dane jednostki kierującej**

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Imię | 4. Nazwisko |
| 5. Data urodzenia |  |

**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. Kod |
| 15. Poczta | 16. Ulica | |
| 17. Nr domu | 18. Nr mieszk. | 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 | | |

**B. Dane auksologiczne:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 30. Data pomiaru |  |  | |
| 31. Wzrost / długość cm | 32. centyl | 33. hSDS | |
| 34. Masa ciała kg | 35. centyl dla wieku wzrostowego | | 36. BMI |
| 37. Wiek kostny | 38. Data rtg |  | |
| 39. Metoda oceny wieku kostnego | | | |

**Tempo wzrastania przed leczeniem**

(wymagany co najmniej 6 mies. okres obserwacji):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 40. Wzrost / długość cm | 41. Data I pomiaru |  |
| 42. Wzrost / długość cm | 43. Data II pomiaru |  |
| 44. Tempo wzrastania cm/rok | | cm/rok |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodzice: | Wzrost (cm/centyl) | Masa ciała (kg) | Rok urodzenia | x)Przebieg dojrzewania |
| Ojciec: | 45. \_\_\_\_\_\_ cm / \_\_\_\_\_ centyl | 46. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 47. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 48. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1) |
| Matka: | 49. \_\_\_\_\_\_ cm / \_\_\_\_\_ centyl | 50. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 51. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 52. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1) |

x) prawidłowy – 1, przedwczesny – 2, opóźniony – 3, nieznany – 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 53. Wzrost rodzeństwa: |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię | Data urodzenia | Data pomiaru | Wzrost | |
| cm | centyl |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

**C. Wywiad:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 54. Masa ciała przy ur. (g) | 55. Długość ciała (cm) | 56. Obwód głowy (cm) |
| 57. Który poród | 58. Która ciąża | 59. Czas trwania ciąży w tyg. |
| 60. Przebieg ciąży prawidłowy (T/N), gdy NIE opisz nieprawidłowości | | |

**Poród (T/N):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 61. Fizjologiczny, siłami natury | 62. Cięcie cesarskie | 63. Inne |

**Akcja porodowa (T/N):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 64. Samoistna (T/N) | 65. Ocena wg skali Apgar 5 min |  |
| 66. Przebieg okresu noworodkowego (opis – jeżeli nieprawidłowy) | | |

**Inne dane z wywiadu:**

|  |  |
| --- | --- |
| 67. Cukrzyca – (T/N) – jeśli Tak, podać rok rozpoznania i rodzaj leczenia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 68. Choroby rozrostowe (T/N) (jeśli tak podać rodzaj choroby, kiedy została rozpoznana  i sposób jej leczenia) | |
| 69. Hipoglikemia – (T/N) |  |
| Jeżeli tak to jak często, jaka była najniższa wartość glikemii, czy z tego powodu dziecko było hospitalizowane / diagnozowane (opis): | |
| 70. Inne choroby przewlekłe (T/N) | |
| Jeśli Tak – wymień rodzaj choroby oraz leki, szczególnie takie które mogą hamować procesy wzrastania, np. glikokortykoidy, z podaniem sumarycznej dawki | |
| 71. Podaj także inne dane istotne dla rozpoznania, np. kiedy spostrzeżono zwolnienie tempa wzrastania, bóle głowy, zaburzenia widzenia, często powtarzające się choroby i inne nieprawidłowości | |
| 72. Czy pacjent był leczony preparatami hormonu wzrostu? (T/N) \_\_\_\_\_\_\_\_ Jeśli TAK, to proszę podać od kiedy, jak długo, jakim preparatem i w jakich dawkach (dane te proszę zaznaczyć także na siatce centylowej) | |

**D. Stan przedmiotowy:**

|  |
| --- |
| 73. Data badania: |
| 74. Badanie fizykalne (istotne odchylenia od normy, budowa ciała, towarzyszące wady rozwojowe) |

**Dojrzewanie płciowe (wg skali Tannera)**

|  |
| --- |
| 75. Wystąpienie dojrzewania – wpisz odpowiednie: \_\_\_\_\_\_\_ 1) wczesne, 2) normalne, 3) późne, 4) nieznane |
| 76. Stopień dojrzałości płciowej wg skali Tannera |

**E. Badania obrazowe:**

**USG przezciemiączkowe**

|  |
| --- |
| 77. Data badania |
| 78. Opis |

**MRI lub TK głowy i okolicy podwzgórzowo-przysadkowej.**

|  |
| --- |
| 79. Data badania |
| 80. Opis |
| 81. Inne badania obrazowe, np. USG, itp. (T/N), \_\_\_\_\_ jeśli T – proszę podać daty i wyniki tych badań: |

**F. Inne, niż hormonalne, badania dodatkowe, zgodnie z opisem programu**

(szczególnie należy uwzględnić badania mające znaczenie dla rozpoznania SNP lub WNP lub wykluczenia innych przyczyn niedoboru wzrostu).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 82. Wyniki tych badań:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | data | rodzaj badania | wynik badania | |  | jonogram surowicy krwi:  Na+ Ca++ całkowity Ca++ zjonizowany |  | |  | morfologia krwi, z rozmazem |  | |  | ocena przemian lipidowych:  stężenie triglicerydów,  stężenie całkowitego cholesterolu stężenie frakcji HDL-cholesterolu  stężenie frakcji LDL-cholesterolu |  | |  | ocena czynności wątroby:  AIAT  AspAT |  | |  | stężenie 25OH wit. D |  | |  | p/ciała przeciw transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w klasie IGA |  |   83. Inne badania – data i rodzaj badania |

**G. Badania hormonalne:**

**Testy stymulujące sekrecję GH (konieczne co najmniej 2 testy):**

**TEST 1.**

|  |
| --- |
| 84. Data wykonania |
| 85. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (*jeśli test insulinowy to należy podać wartość wyjściową  i minimalną glikemii)* |
| 86. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0’ | 15' | 30' | 45' | 60' | 90' | 120' | 180' | jedn. |
| GH |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Glikemia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**TEST 2.**

|  |
| --- |
| 87. Data wykonania |
| 88. Sposób stymulacji, z podaniem dawki leku (*jeśli test insulinowy to należy podać wartość wyjściową  i minimalną glikemii)* |

|  |
| --- |
| 89. Uzyskane wartości GH w poszczególnych czasach: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 0’ | 15' | 30' | 45' | 60' | 90' | 120' | 180' | jedn. |
| GH |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Glikemia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Stężenie hormonów tarczycy w surowicy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 90. Data pomiaru | 91. fT3 (T/N) | jednostki |
|  | 92. fT4 (T/N) | jednostki |
|  | 93. TSH: | jednostki |
| 94. Niedoczynność tarczycy: (T/N) | | Rok rozpoznania |
| 95. Podaj rodzaj i dawkę leku | | |

**Stężenie gonadotropin w surowicy:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 96. Data pomiaru | FSH | jedn. | LH | jedn. |

**Prolaktyna w surowicy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 97. Data pomiaru | 98. stężenie PRL: | jednostki |

**Kortyzol w surowicy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 99. Data pomiaru | 100. Uzyskane wartości stężeń: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| stężenie poranne | godz. | Jedn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| wieczorne / nocne | godz. | Jedn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ACTH w surowicy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 101. Data pomiaru |  |  |
| 102. Uzyskane wartości stężeń: | godz. | Jedn. |

**IGF-I w surowicy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 103. Data pomiaru | 104. Uzyskane wartości | jedn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Należy podać normę laboratoryjną |  | jedn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**IGFBP-3 w surowicy:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 105. Data pomiaru | 106. Uzyskane wartości | | jedn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Należy podać normę laboratoryjną |  | | jedn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **H. Inne badania ważne do postawienia rozpoznania**  Ocena przemian węglowodanowych: | | | | |
| 107. stężenie glukozy na czczo | |  | |  |
| 108. Data pomiaru | 109. Uzyskana wartość | | jedn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 110. odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c) | |  | |  |
| 111. Data pomiaru | | 112. Uzyskana wartość | | % |

113. Test doustnego obciążenia glukozą (OGTT), z oceną glikemii i insulinemii

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 114. Data pomiaru | | | | 115. Ilość podanej glukozy | | | g | | |
|  | 0’ | 30' | | 60' | 90' | | 120' | jedn. |
| Glikemia |  |  | |  |  | |  |  |
| Insulinemia |  |  | |  |  | |  |  |

Inne badania (data i rodzaj badania)

116.

**I. Konsultacje**

117. Konsultacja okulistyczna z oceną dna oka

Inne konsultacje (podaj datę i rodzaj konsultacji)

118.

**J. Rozpoznanie:**

|  |  |
| --- | --- |
| 119. Postać idiopatyczna SNP (T/N) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 120. Wielohormonalna (T/N) |
| 121. Izolowana (T/N) | 122. Rodzinna (T/N) |

**Postać organiczna:**

|  |
| --- |
| 123. (T/N) – jeśli tak to podaj przyczynę i sposób leczenia |
| 124. Zabiegi neurochirurgiczne lub inne operacje: (T/N) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ jeśli tak to podaj kiedy był zabieg i opisz rodzaj zabiegu |
| 125. Okoliczności szczególne, dodatkowo uzasadniające konieczność przydzielenia preparatu hormonu wzrostu: |

**Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do terapii hormonem wzrostu pacjent będzie leczony lekiem zakupionym w ramach wspólnego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, o którym mowa w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe.**

**Lekarz prowadzący:**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię | Nazwisko |
| Data |  |
| *nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza kwalifikującego do programu, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko kierownika jednostki oraz jego podpis*    *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**UWAGA!**

1. Wniosek bez oceny wieku kostnego – z załączeniem RTG śródręcza oraz arkusza Przebiegu Dotychczasowego Wzrastania Dziecka (siatki centylowe) i bez zgody rodziców/opiekunów na leczenie nie będzie rozpatrywany.

2. W przypadku braku możliwości wykonania niektórych badań, koniecznych do rozpoznania SNP, należy skierować pacjenta do ośrodka koordynującego.

Wniosek należy wysłać na adres sekretariatu Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu.

**IB. Załącznik do Wniosku o przydzielenie preparatu hormonu wzrostu   
w somatotropinowej niedoczynności przysadki.**

Oświadczam, że zapoznałem się/zapoznałam się z:

1) informacją dotyczącą zasad przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany NFZ) w zakresie systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c oraz przetwarzania i ochrony danych, o której mowa w dziale VIII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

2) poniższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych:

▪ administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, ul. Rakowiecka 26/30, 02-528 Warszawa,

▪ Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych Narodowego Funduszu Zdrowia w szczególności wskazanych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

▪ w odniesieniu do danych przetwarzanych przez NFZ, Pani/Panu przysługuje prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych; sprostowania danych osobowych; usunięcia danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); ograniczenia przetwarzania danych osobowych; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (o ile w danym przypadku przysługuje); cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Każdy wniosek dotyczący realizacji z w/w praw zostanie rozpatrzony zgodnie z RODO.

Pozostałe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez NFZ, dostępne są na stronie internetowej: www.nfz.gov.pl/bip/informacja-ado-nfz/

Jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie hormonem wzrostu mojego dziecka. Zobowiązuję się do podawania leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach.

Jestem poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.

|  |  |
| --- | --- |
| Data | Podpis opiekuna |
|  |  |
|  | Podpis lekarza |

Administrator danych osobowych – Świadczeniodawca, zobowiązuje się do przestrzegania przepisów prawa powszechnie obowiązującego dotyczących zapewnienia zgodnego z prawem przetwarzania i ochrony danych osobowych, w szczególności Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO), w tym realizacji obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 13 i 14 (jeśli dotyczy) RODO.