|  |
| --- |
| **2. Wzory dokumentów niezbędnych dla kwalifikacji leczenia pacjenta do terapii atalurenem przez Zespół Koordynacyjny ds. leczenia chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny** |
|  |
|  |
| **I A. WZÓR WNIOSKU O KWALIFIKACJĘ DO LECZENIA W PROGRAMIE LECZENIE CHORYCH Z DYSTROFIĄ MIĘŚNIOWĄ DUCHENNE’A SPOWODOWANĄ MUTACJĄ NONSENSOWNĄ W GENIE DYSTROFINY (ICD-10 G 12.0, G12.1)** |
|  |
|  |
| 1.Imię i nazwisko ………………………………………………………………2.Wiek (PESEL)…………………………………………………………………3.Waga:…………………………………………………………………………..4.Świadczeniodawca:…………………………………………………………...5.Wynik badania genetycznego – mutacja nonsensowna genu dystrofiny TAK NIEWymagany wynik badania genetycznego jako załącznik do wniosku6.Dotychczas leczony atalurenem TAK NIE7.Badania biochemiczne:a.Kreatynina w surowicy (eGFR)……………………………………………………………………b.Kinaza keratynowa w surowicy (CPK)…………………………………………………………....c.Azot mocznika we krwi………………………………………………………………………….....d.Cholesterol całkowity………………………………………………………………………………e.LDL………………………………………………………………………………………………….f.HDL………………………………………………………………………………………………….g.Trójglicerydy………………………………………………………………………………………..8.U pacjenta w chwili obecnej nie stwierdza się kryteriów wyłączenia z programu.9.Opis pacjenta:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Data i podpis lekarza wnioskującego (nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis) |
| ........................ dnia …………………….. |

|  |
| --- |
| **I B. ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU O ZAKWALIFIKOWANIE PACJENTA DO LECZENIA W PROGRAMIE DYSTROFII MIĘŚNIOWEJ DUCHENNE’A SPOWODOWANEJ MUTACJĄ NONSENSOWNĄ W GENIE DYSTROFINY** |
|  |
|  |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach wynikających z art. 188 oraz art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. |
|  |
| Zostałam(em) poinformowana(y) o istocie choroby, możliwości wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań zastosowanej terapii oraz o możliwości zaprzestania terapii.  |
|  |
| Mając powyższe na uwadze, wyrażam zgodę na leczenie (na leczenie mojego dziecka\*) atalurenem oraz zobowiązuję się do przyjmowania tego leku zgodnie z zaleceniami lekarskimi, oraz stawienia się na badania kontrolne w wyznaczonych terminach. |
|  |
|  |
|  |
| Data ...................................  | *............................................................................**Podpis pacjenta (w przypadku dziecka podpis rodziców lub opiekuna)*  |
| Data ................................... | *............................................................................**Nadruk lub pieczątka zawierające imię i nazwisko lekarza,* *numer prawa wykonywania zawodu oraz jego podpis*  |
|  |
|  |
|  |
| Administrator danych osobowych, przetwarzający dane niezbędne przy realizacji programu lekowego zobowiązany jest do stosowania przepisów 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). |
|  |
|  |
|  |