

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 desmopresynę<sup>1)</sup>

.....  
Oznaczenie podmiotu leczniczego

Imię i nazwisko pacjenta: .....

Numer PESEL pacjenta<sup>2)</sup>: .....

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 |                                 |                                      |                                      |

<sup>1)</sup> 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.

<sup>2)</sup> 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 VIII<sup>3)</sup>**

- leczenie domowe – krwawienia

---

<sup>3)</sup> 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 IX<sup>4)</sup>

- 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

---

<sup>4)</sup> Do leczenia krwawień u pacjentów z hemofilią B, którzy nie otrzymywali wcześniej koncentratu osoczo pochodnego czynnika IX – 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 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

.....  
oznaczenie<sup>5)</sup> i podpis lekarza

---

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