



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA W SPRAWIE

ZAWIERANIA UMÓW

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UBEZPIECZONYM

W

NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

OD 1 STYCZNIA 2005 ROKU

w rodzaju świadczeń zdrowotnych

ŚWIADCZENIA ODREBNIIE KONTRAKTOWANE

Przedmiot zamówienia został określony zgodnie z nazwą i kodem określonym we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień Publicznych Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002 oraz art. 141, ust.4 ustawy z dnia 27 sierpnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U.Nr 210 poz.2135
85110000-3 – usługi szpitalne i podobne

1. Przedmiot postępowania

Przedmiotem postępowania jest udzielanie świadczeń w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane realizowane w trybie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz w miejscu zamieszkania ubezpieczonego.

Świadczenia te realizowane są jako:

Hospitalizacja diagnostyczno-terapeutyczna - jest to całodobowe udzielanie świadczeń w trybie nagłym i planowym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutycznego trwający od chwili przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu jego wypisu lub zgonu.

Obejmuje: kwalifikację do leczenia szpitalnego, badania diagnostyczne i terapię zlecone przez świadczeniodawcę oraz profilaktykę, pielęgnację i rehabilitację niezbędne w toku leczenia, jak również wszelkie świadczenia związane z pobytem w tym transport sanitarny (opisane jako świadczenia w Katalogu).

Świadczenie jednodniowe jest świadczeniem zdrowotnym, planowym, którego celem jest wykonanie u ubezpieczonego określonego postępowania leczniczego lub diagnostycznego. Maksymalny czas realizacji świadczenia wynosi 72 godziny.

Świadczenia ambulatoryjne – porada.

Świadczenie w warunkach domowych

– szczegółowo określone w opisach do Katalogu świadczeń.

Świadczenia zdrowotne z rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane zostały zdefiniowane w Katalogu.

Katalog świadczeń odrębnie kontraktowanych (załącznik nr 1) zbudowany jest w formie tabelarycznej i składa się z trzech pól głównych:

1. Pole opisu **świadczenia zdrowotnego**
2. Pole **wartości punktowej**
3. Pole **warunków wykonania** obejmujące:
 - **typ** jednostek mogących realizować świadczenia (**ambulatoryjne, jednodniowe, hospitalizacja**)

- **zgoda płatnika** na możliwość realizacji danego świadczenia zdrowotnego i jego ilości
- **ośrodek referencyjny** mający za zgodą konsultanta krajowego w danej specjalności medycznej możliwość realizacji danego świadczenia zdrowotnego
- **dokumentacja poszerzona** obrazująca realizację świadczenia, np. wydruk z usg, zapis video lub kopia rachunku zakupu
- **uwagi**

2. Ogólne warunki i zasady realizacji świadczeń odrębnie kontraktowanych.

Obowiązują warunki opisane w materiałach informacyjnych obejmujących świadczenia leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej- odpowiednio.

3. Zasady finansowania świadczeń odrębnie kontraktowanych.

Finansowanie świadczeń odrębnie kontraktowanych oparte jest o cenę jednostkową wyrażoną w punktach.

Wartość kontraktu składa się z iloczynu punktów i ceny punktu.

KATALOG ŚWIADCZEŃ ODREBNI KONTRAKTOWANYCH												
KOD	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	WARTOŚĆ PUNKTOWA	WARUNKI WYKONANIA						UWAGI			
			AMBULATORYJNE	JEDNODNIOWE	HOSPITALIZACJA	ZGODA PLATNIKA	OSRODEK REFERENCYJNY	DOKUMENTACJA ROZSZERZONA				
2	3	4	5	6	9	10	11	12	13			
5.10.00.0000001	DIALIZA OTRZEWNOWA ADO (NA MIESIĄC, PEŁNE KOSZTY I BADANIA DODATKOWE, W TYM ERYTROPOETYNĄ)	630	X	X	X	X			WG. OPISANEGO STANDARDU, MOŻNA SUMOWAĆ			
5.10.00.0000002	DIALIZA OTRZEWNOWA CADÓ (NA MIESIĄC, PEŁNE KOSZTY I BADANIA DODATKOWE, W TYM ERYTROPOETYNĄ)	500	X	X	X	X			WG. OPISANEGO STANDARDU, MOŻNA SUMOWAĆ			
5.10.00.0000003	HEMODIALIZA (Z TRANSPORTEM , W TYM Z LECZENIEM NIEDOKRWISTOŚCI ERYTROPOETYNĄ)	37	X	X	X	X			WG. OPISANEGO STANDARDU, MOŻNA SUMOWAĆ			
5.10.00.0000004	HEMODIALIZA (Z TRANSPORTEM)	29	X	X	X	X			WG. OPISANEGO STANDARDU, MOŻNA SUMOWAĆ			
5.10.00.0000005	TERAPIA HIPERBRYCZNA (1 SPRĘŻENIE U JEDNEGO CHOREGO)	51		X	X	X		X	WG. OPISANEGO STANDARDU ZGODĘ OŚRODKOM REFERENCYJNYM WYDAJE KIEROWNIK KRAJOWEGO OŚRODKA TERAPII HIPERBARYCZNEJ			
5.10.00.0000006	TLENOTERAPIA W WARUNKACH DOMOWYCH (KOSZT TERAPII MIESIĘCZNEJ ZAWIERA - KOSZTY ŚRODKÓW TECHNICZNYCH)	32	X					X	WG. OPISANEGO STANDARDU			
5.10.00.0000007	ZYWIENIE POZAJELITOWE DOROSŁYCH W WARUNKACH DOMOWYCH (ZA OSOBODZIEN)	20	X			X	X		WG. OPISANEGO STANDARDU			
5.10.00.0000008	ZYWIENIE POZAJELITOWE DZIECI W WARUNKACH DOMOWYCH (ZA OSOBODZIEN)	50	X			X	X		WG. OPISANEGO STANDARDU			
5.10.00.0000009	DIALIZOTERAPIA WĄTROBOWA - JEDNA SESJA	1400			X	X	X		BEZ UWAG			
5.10.00.0000010	ENDOWASKULARNE ZAOPATRZENIE TĘTNIAKA AORTY PIERSIOWEJ I / LUB BRZUSZNEJ	4200			X	X	X	X	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA ZABIEGU W PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ ZABIEGOWEJ TYP 2 - OBEJMUJE RÓWNIEŻ HOSPITALIZACJE - NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI			
5.10.00.0000011	EMBOlizacja TĘTNIAKÓW WEWNĄTRZCZASZKOWYCH (2-3 SPIRALE)	2100			X	X	X	X	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA ZABIEGU W PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ ZABIEGOWEJ TYP 2 - OBEJMUJE RÓWNIEŻ HOSPITALIZACJE - NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI			
5.10.00.0000012	EMBOlizacja TĘTNIAKÓW WEWNĄTRZCZASZKOWYCH (4-6 SPIRALE)	2600			X	X	X	X	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA ZABIEGU W PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ ZABIEGOWEJ TYP 2 - OBEJMUJE RÓWNIEŻ HOSPITALIZACJE - NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI			
5.10.00.0000013	EMBOlizacja / REMODELOWANIE WEWNĄTRZCZASZKOWE TĘTNIAKÓW OLBRYZYMICZ (ŚREDNIO 10 SPIRAL)	3900			X	X	X	X	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA ZABIEGU W PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ ZABIEGOWEJ TYP 2 - OBEJMUJE RÓWNIEŻ HOSPITALIZACJE - NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI			
5.10.00.0000014	EMBOlizacja NACZYJNIKÓW WEWNĄTRZCZASZKOWYCH	1000			X	X	X	X	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA ZABIEGU W PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ ZABIEGOWEJ TYP 2 - OBEJMUJE RÓWNIEŻ HOSPITALIZACJE - NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI			
5.10.00.0000015	TROMBOLIZA CELOWANA W UDARACH NIEDOKRWIENNYCH MÓZGU	1000			X	X	X	X	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA ZABIEGU W PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ ZABIEGOWEJ TYP 2 - OBEJMUJE RÓWNIEŻ HOSPITALIZACJE - NIE SUMUJE SIĘ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI			
5.10.00.0000016	BADANIE ANTYGENÓW ZGODNOŚCI TKANKOWEJ PRZY TYPOWANIU DAWCÓW SZPIKU	50	X			X	X		BEZ UWAG			
5.10.00.0000017	KOMPLEKSOWA DIAGNOSTYKA GENETYCZNA CHOROÓB NIENOWOTWOROWYCH Z UWZGLĘDNIENIEM CYTOGENETYCZNYCH BADAŃ MOLEKULARNYCH	90	X			X	X		BEZ UWAG			
5.10.00.0000018	TERAPIA IZOTOPOWA ŁAGODNYCH SCHORZEŃ TARCZYCY - PORADA KWALIFIKACYJNA	30	X				X		WG. OPISANEGO STANDARDU (NIE MOŻNA ŁĄCZYĆ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI Z SPECJALISTYKI AMBULATORYJNEJ)			
5.10.00.0000019	TERAPIA IZOTOPOWA ŁAGODNYCH SCHORZEŃ TARCZYCY - PODANIE IZOTOPU	30	X	X			X		WG. OPISANEGO STANDARDU			
5.10.00.0000020	TERAPIA IZOTOPOWA ŁAGODNYCH SCHORZEŃ TARCZYCY - PORADA KONTROLNA	7	X				X		WG. OPISANEGO STANDARDU (NIE MOŻNA ŁĄCZYĆ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI Z SPECJALISTYKI AMBULATORYJNEJ)			
5.10.00.0000021	SCYNTYGRAFIA Z ZASTOSOWANIEM POCHODNYCH SOMATOSTATYNY	450	X				X		BEZ UWAG			
5.10.00.0000022	SCYNTYGRAFIA NADNERCZY	200	X				X		BEZ UWAG			
5.10.00.0000023	SCYNTYGRAFIA WENTYLACYJNA PŁUC	150	X				X		BEZ UWAG			
5.10.00.0000024	SCYNTYGRAFIA CYTRYNIANEM GALU	250	X				X		BEZ UWAG			
5.10.00.0000025	SCYNTYGRAFIA ZNAKOWANYMI LEUKOCYTAMI	230	X				X		BEZ UWAG			
5.10.00.0000026	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI - PORADA KWALIFIKACYJNA	50	X				X		WG. OPISANEGO STANDARDU (NIE MOŻNA ŁĄCZYĆ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI Z SPECJALISTYKI AMBULATORYJNEJ)			
5.10.00.0000027	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI - PODANIE IZOTOPU STRONTU	250	X	X			X		WG. OPISANEGO STANDARDU			
5.10.00.0000028	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI - PODANIE IZOTOPU SAMARU	400	X	X			X		BEZ UWAG			
5.10.00.0000029	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI - PORADA KONTROLNA	10	X				X		WG. OPISANEGO STANDARDU (NIE MOŻNA ŁĄCZYĆ Z INNYMI ŚWIADCZENIAMI Z SPECJALISTYKI AMBULATORYJNEJ)			
5.10.00.0000030	TERAPIA IZOTOPOWA SYNOWEKTOMII RADIOIZOTOPOWYCH	200	X	X			X		WG. OPISANEGO STANDARDU			
5.10.00.0000036	ZAOPATRZENIE W PROTEŻĘ TWARZY Z PROTEŻĄ	36	X						BEZ UWAG			
5.10.00.0000037	ZAOPATRZENIE W PROTEŻĘ NOSA. Z PROTEŻĄ	410	X						BEZ UWAG			
5.10.00.0000038	ZAOPATRZENIE W PROTEŻĘ MAŁŻOWINY USZNEJ Z PROTEŻĄ	410	X						BEZ UWAG			
5.10.00.0000039	ZAOPATRZENIE W EKTOPROTEŻĘ - GAŁKI OCZNEJ, WARGI I NOSA	490	X						BEZ UWAG			
5.10.00.0000040	NAPRAWA I RENOWACJA PROTEŻY TWARZY	45	X						BEZ UWAG			
5.10.00.0000041	KOMPLEKSOWA DIAGNOSTYKA GENETYCZNA CHOROÓB NOWOTWOROWYCH	45	X			X	X		BEZ UWAG			

.....
pieczętka Oferenta

Oświadczam, iż osoby wskazane w ofercie do udzielania świadczeń w Poradni, w oferowanych dniach i godzinach nie będą udzielały świadczeń w innej jednostce organizacyjnej naszego zakładu ani też w innym podmiocie.

.....
.....
data i miejsce
pieczętka*

czytelny podpis i imienna

* Oświadczenie składa i podpisuje osoba upoważniona do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta.

STANDARDY PRACOWNI ENDOSKOPII PRZEWODU POKARMOWEGO

	I TYP PRACOWNIA ENDOSKOPII DIAGNOSTYCZNEJ	II TYP SPECJALISTYCZNA PRACOWNIA ENDOSKOPOWA	III TYP SPECJALISTYCZNA PRACOWNIA ENDOSKOPII ZABIEGOWEJ
SPRZĘT	2 GASTROSKOPY	3 GASTROSKOPY	4 GASTROSKOPY
	2 KOLONOSKOPY - W PRZYPADKU ŚWIADCZENIA USŁUG KOLONOSKOPOWYCH	2 KOLONOSKOPY	3 KOLONOSKOPY
		2 DUODENOSKOPY - W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE ECPW	3 DUODENOSKOPY
	WYŁĄCZNIE AUTOMATYCZNE MYCIE I DEZYNFEKCJA ENDOSKOPÓW - MIN. 1 STANOWISKO	AUTOMATYCZNE MYCIE I DEZYNFEKCJA ENDOSKOPÓW - 1 STANOWISKO	AUTOMATYCZNE MYCIE I DEZYNFEKCJA ENDOSKOPÓW - 2 STANOWISKA
	1 MYJKA ULTRADŹWIĘKOWA	MYJKA ULTRADŹWIĘKOWA	MYJKA ULTRADŹWIĘKOWA
		1 DIATERMIA 2 DIATERMIE - W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE ECPW	2 DIATERMIE
			BEAMER ARGONOWY LUB LASER
		APARAT RTG LUB DOSTĘP DO NIEGO W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE ECPW	APARAT RTG LUB DOSTĘP DO NIEGO W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE ECPW
	JEŻELI WYKONYWANE SĄ ZABIEGI W ZNIECZULENIU (SEDACJI) DOŻYLNYM TO: KONIECZNY SPRZĘT ANESTEZJOLOGICZNY RESUSCYTACYJNY I ODPOWIEDNIE LEKI ORAZ KONIECZNE: ŹRÓDŁO TLENU, DEFIBRYLATOR, MONITOR WIELOFUNKCYJNY, MOŻLIWOŚĆ WENTYLACJI ZASTĘPCZEJ (AMBU), SSAK	JEŻELI WYKONYWANE SĄ ZABIEGI W ZNIECZULENIU (SEDACJI) DOŻYLNYM TO: KONIECZNY SPRZĘT ANESTEZJOLOGICZNY RESUSCYTACYJNY I ODPOWIEDNIE LEKI ORAZ KONIECZNE: ŹRÓDŁO TLENU, DEFIBRYLATOR, MONITOR WIELOFUNKCYJNY, MOŻLIWOŚĆ WENTYLACJI ZASTĘPCZEJ (AMBU), SSAK	
DOSTĘPNOŚĆ	7 GODZIN DZIENNIE	7 GODZIN DZIENNIE	DLA TRYBU POSTĘPOWANIA SZPITALNEGO 24 GODZ./ 7 DNI
KWALIFIKACJE PERSONELU LEKARSKIEGO	LEKARZ SPECJALISTA: GASTROENTEROLOG, CHOROBY WEWNĘTRZNYCH, CHIRURG LUB PEDIATRA	LEKARZ SPECJALISTA GASTROENTEROLOG - LEKARZE SPECJALIŚCI: CHOROBY WEWNĘTRZNYCH, CHIRURGII LUB PEDIATRII	LEKARZ SPECJALISTA GASTROENTEROLOG - LEKARZE SPECJALIŚCI: CHOROBY WEWNĘTRZNYCH, CHIRURGII LUB PEDIATRII
	UZYSKANIE DO 31.12.2004, PRZEZ WSZYSTKICH LEKARZY WYKONUJĄCYCH BADANIA ENDOSKOPOWE, POTWIERDZENIA KWALIFIKACJI DO WYKONYWANIA ENDOSKOPII WG SYSTEMU OPRACOWANEGO PRZEZ KONSULTANTA KRAJOWEGO I PTG	UZYSKANIE DO 31.12.2004, PRZEZ WSZYSTKICH LEKARZY WYKONUJĄCYCH BADANIA ENDOSKOPOWE, POTWIERDZENIA KWALIFIKACJI DO WYKONYWANIA ENDOSKOPII WG SYSTEMU OPRACOWANEGO PRZEZ KONSULTANTA KRAJOWEGO I PTG	UZYSKANIE DO 31.12.2004, PRZEZ WSZYSTKICH LEKARZY WYKONUJĄCYCH BADANIA ENDOSKOPOWE, POTWIERDZENIA KWALIFIKACJI DO WYKONYWANIA ENDOSKOPII WG SYSTEMU OPRACOWANEGO PRZEZ KONSULTANTA KRAJOWEGO I PTG
	UKOŃCZENIE DO 31.12.2004 KURSU DLA PIELĘGNIAREK ENDOSKOPOWYCH	UKOŃCZENIE DO 31.12.2004 KURSU DLA PIELĘGNIAREK ENDOSKOPOWYCH	UKOŃCZENIE DO 31.12.2004 KURSU DLA PIELĘGNIAREK ENDOSKOPOWYCH
MINIMALNE DOŚWIADCZENIE KLINICZNE W ZAKRESIE:	MIN. 1000 BADAŃ ENDOSKOPOWYCH ROCZNIE	MIN. 1200 BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH I MIN. 300 BADAŃ TERAPEUTYCZNYCH ROCZNIE (PRZY WYKONYWANIU ECPW MIN. 100 ZABIEGÓW ROCZNIE)	MIN. 2000 BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH I MIN. 500 BADAŃ ZABIEGOWYCH ROCZNIE (W TYM MIN. 200 ZABIEGÓW ECPW)
	KOMPUTEROWY SYSTEM REJESTRACJI I STATYSTYKI	KOMPUTEROWY SYSTEM REJESTRACJI I STATYSTYKI	KOMPUTEROWY SYSTEM REJESTRACJI I STATYSTYKI
		DOKUMENTACJA OBRAZOWA	DOKUMENTACJA OBRAZOWA Z ARCHIWIZACJĄ KOMPUTEROWĄ

STANDARDY PRACOWNI ENDOSKOPII PRZEWODU POKARMOWEGO

	I TYP PRACOWNIA ENDOSKOPII DIAGNOSTYCZNEJ	II TYP SPECJALISTYCZNA PRACOWNIA ENDOSKOPOWA	III TYP SPECJALISTYCZNA PRACOWNIA ENDOSKOPII ZABIEGOWEJ
INNE WYMAGANIA	MIN. 1 GABINET BADAŃ ENDOSKOPOWYCH	MIN. 2 GABINETY BADAŃ ENDOSKOPOWYCH (W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE ECPW - MIN. 3 GABINETY)	MIN. 3 GABINETY BADAŃ ENDOSKOPOWYCH
		WYDZIELONE POMIESZCZENIE UMOŻLIWIĄJĄCE SPRAWOWANIE OPIEKI NAD PACJENTAMI PRZED I PO BADANIU ENDOSKOPOWYM	WYDZIELONE POMIESZCZENIE UMOŻLIWIĄJĄCE SPRAWOWANIE OPIEKI NAD PACJENTAMI PRZED I PO BADANIU ENDOSKOPOWYM
	WYDZIELONE POMIESZCZENIE DO MYCIA I DEZYNFEKCJI ENDOSKOPÓW	WYDZIELONE POMIESZCZENIE DO MYCIA I DEZYNFEKCJI ENDOSKOPÓW	WYDZIELONE POMIESZCZENIE DO MYCIA I DEZYNFEKCJI ENDOSKOPÓW
	DOPUSZCZONE WYŁĄCZNIE BADANIA DIAGNOSTYCZNE W TRYBIE POSTĘPOWANIA: - AMBULATORYJNEGO - JEDNODNIOWEGO - SZPITALNEGO	BADANIA DIAGNOSTYCZNE W TRYBIE POSTĘPOWANIA: - AMBULATORYJNEGO - JEDNODNIOWEGO - SZPITALNEGO ZABIEGI TERAPEUTYCZNE W TRYBIE POSTĘPOWANIA: - JEDNODNIOWEGO - SZPITALNEGO	BADANIA DIAGNOSTYCZNE W TRYBIE POSTĘPOWANIA: - AMBULATORYJNEGO - JEDNODNIOWEGO - SZPITALNEGO ZABIEGI TERAPEUTYCZNE W TRYBIE POSTĘPOWANIA: - JEDNODNIOWEGO - SZPITALNEGO
	ZAGWARANTOWANY DOSTĘP DO: - STERYLIZACJI (NARZĘDZIA ENDOSKOPOWE) - PRACOWNI HISTOPATOLOGII	ZAGWARANTOWANY DOSTĘP DO: - STERYLIZACJI (NARZĘDZIA ENDOSKOPOWE) - PRACOWNI HISTOPATOLOGII - LABORATORIUM - USG - RTG	ZAGWARANTOWANY DOSTĘP DO: - STERYLIZACJI (NARZĘDZIA ENDOSKOPOWE) - PRACOWNI HISTOPATOLOGII - LABORATORIUM - USG - RTG
	ZAKRAS GWARANTOWANYCH KONSULTACJI: - ANESTEZJOLOG	ZAKRAS GWARANTOWANYCH KONSULTACJI: - ANESTEZJOLOG - RADIOLOG - CHIRURG - LEKARZ CHOROŃ WEWNĘTRZNYCH - PEDIATRA (JEŻELI SĄ WYKONYWANE BADANIA U DZIECI)	ZAKRAS GWARANTOWANYCH KONSULTACJI: - ANESTEZJOLOG - RADIOLOG - CHIRURG - LEKARZ CHOROŃ WEWNĘTRZNYCH - PEDIATRA (JEŻELI SĄ WYKONYWANE BADANIA U DZIECI)
		W TRYBIE POSTĘPOWANIA JEDNODNIOWEGO ZAPEWNIENIE MOŻLIWOŚCI PRZENIESIENIA CHOREGO DO WŁAŚCIWEGO ODDZIAŁU SZPITALNEGO W SYTUACJACH WYMAGAJĄCYCH HOSPITALIZACJI	W TRYBIE POSTĘPOWANIA JEDNODNIOWEGO ZAPEWNIENIE MOŻLIWOŚCI PRZENIESIENIA CHOREGO DO WŁAŚCIWEGO ODDZIAŁU SZPITALNEGO W SYTUACJACH WYMAGAJĄCYCH HOSPITALIZACJI

STANDARDY PRACOWNI BRONCHOSKOPII		
	I typ	II typ
SPRZĘT	3 BRONCHOSKOPY	5 BRONCHOSKOPÓW (W TYM 1 O MAŁEJ I 1 O DUŻEJ ŚREDNICY- KANAŁ ROBOCZY OD 2,6 MM)
	1 BRONCHOSKOP SZTYWNY	2 BRONCHOSKOPY SZTYWNE
	MYJKI PÓŁAUTOMATYCZNE	MYJKI AUTOMATYCZNE
DOSTĘPNOŚĆ	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA BADAŃ W GODZINACH OTWARCIA (8 GODZIN)	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA BADAŃ 24 GODZINY NA DOBĘ 7 DNI W TYGODNIU
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU LEKARSKIEGO	SPECJALISTA PULMONOLOG	SPECJALISTA PULMONOLOG
	SPECJALISTA Z CHIRURGII KLATKI PIERSIOWEJ	SPECJALISTA Z CHIRURGII KLATKI PIERSIOWEJ
	SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH / PEDIATRII PO ODBYTYM SZKOLENIU W OSRODKU REFERENCYJNYM	SPECJALISTA CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH / PEDIATRII PO ODBYTYM SZKOLENIU W OSRODKU REFERENCYJNYM
MINIMALNE DOŚWIADCZENIE KLINICZNE W ZAKRESIE:	PO UZGODNIENIU Z KONSULTANTAMI	PO UZGODNIENIU Z KONSULTANTAMI
INNE WYMAGANIA	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM
	WYDZIELONE POMIESZCZENIE DO MYCIA I DEZYNFEKCJI ENDOSKOPÓW	WYDZIELONE POMIESZCZENIE DO MYCIA I DEZYNFEKCJI ENDOSKOPÓW
	ZAGWARANTOWANY DOSTĘP DO: - STERYLIZACJI (NARZĘDZIA ENDOSKOPOWE) - PRACOWNI HISTOPATOLOGII	ZAGWARANTOWANY DOSTĘP DO: - STERYLIZACJI (NARZĘDZIA ENDOSKOPOWE) - PRACOWNI HISTOPATOLOGII

STANDARD PRACOWNI DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ			
	1 TYP	2 TYP	PROFILOWE
MINIMALNY ZAKRES WYKONYWANYCH BADAŃ	HEMATOLOGIA KOAGULOLOGIA ANALITYKA OGÓLNA BIOCHEMIA	HEMATOLOGIA KOAGULOLOGIA ANALITYKA OGÓLNA BIOCHEMIA JONOGRAMY GAZOMETRIA IMMUNOCHEMIA MONITOROWANIE POZIOMU LEKÓW	LABORATORIA, PRACOWNIE WYKONUJĄCE WĄSKI OKREŚLONY PROFIL BADAŃ SPECJALISTYCZNYCH (NP. HORMONY, FENOTYPIZACJA ,MARKERY ONKOLOGICZNE , AUTOPRZECIWCIAŁA)
SPRZĘT	SPRZĘT I ŚRODKI BADAWCZE SĄ ADEKWATNE DO PROPONOWANEJ OFERTY BADAŃ I POWINNY BYĆ ZGODNE Z AKTUALNĄ KSIĘGĄ DLA URZĄDZEŃ DLA ŚRODKÓW BADAWCZYCH. SPRZĘT I ŚRODKI BADAWCZE SĄ ZGODNE Z AKTUALNYM STANEM WIEDZY I POSTĘPEM TECHNICZNYM.	SPRZĘT I ŚRODKI BADAWCZE SĄ ADEKWATNE DO PROPONOWANEJ OFERTY BADAŃ I POWINNY BYĆ ZGODNE Z AKTUALNĄ KSIĘGĄ DLA URZĄDZEŃ DLA ŚRODKÓW BADAWCZYCH. SPRZĘT I ŚRODKI BADAWCZE SĄ ZGODNE Z AKTUALNYM STANEM WIEDZY I POSTĘPEM TECHNICZNYM.	SPRZĘT I ŚRODKI BADAWCZE SĄ ADEKWATNE DO PROPONOWANEJ OFERTY BADAŃ I POWINNY BYĆ ZGODNE Z AKTUALNĄ KSIĘGĄ DLA URZĄDZEŃ DLA ŚRODKÓW BADAWCZYCH. SPRZĘT I ŚRODKI BADAWCZE SĄ ZGODNE Z AKTUALNYM STANEM WIEDZY I POSTĘPEM TECHNICZNYM.
DOSTĘPNOŚĆ	MINIMUM 8 GODZINNY CZAS OTWARCIA PRZEZ 6 DNI W TYGODNIU	DOSTĘPNOŚĆ DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO 24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU	MINIMUM 8 GODZINNY CZAS OTWARCIA PRZEZ 5 DNI W TYGODNIU
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU WYŻSZEGO	DIAGNOSTA LABORATORYJNY POSIADAJĄCY I -WSZY STOPIEŃ SPECJALIZACJI Z ANALITYKI KLINICZNEJ	DIAGNOSTA LABORATORYJNY - SPECJALISTA ANALITYKI KLINICZNEJ / DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ. W PRZYPADKU LABORATORIUM FUNKCJONUJĄCEGO W STRUKTURZE SZPITALA DOSTĘPNOŚĆ DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO 24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU. NATOMIAST W INNYCH PRZYPADKACH MINIMUM 8 GODZINNY CZAS OTWARCIA PRZEZ 6 DNI W TYGODNIU	DIAGNOSTA LABORATORYJNY POSIADAJĄCY I -WSZY STOPIEŃ SPECJALIZACJI ADEKWATNEJ DO ZAKRESU WYKONYWANYCH BADAŃ

STANDARD PRACOWNI DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ			
	1 TYP	2 TYP	PROFILOWE
INNE WYMAGANIA	UDOKUMENTOWANA KONTROLA WEWNĄTRZLABORATORYJNA JAKOŚCI BADAŃ	UDOKUMENTOWANA KONTROLA WEWNĄTRZLABORATORYJNA JAKOŚCI BADAŃ	UDOKUMENTOWANA KONTROLA WEWNĄTRZLABORATORYJNA JAKOŚCI BADAŃ
	UCZESTNICTWO W KONTROLACH ZEWNĄTRZLABORATORYJNYCH	UCZESTNICTWO W KONTROLACH ZEWNĄTRZLABORATORYJNYCH	UCZESTNICTWO W KONTROLACH ZEWNĄTRZLABORATORYJNYCH
	LABORATORIUM POSIADA PROGRAM DZIAŁAŃ NAPRAWCZYCH	LABORATORIUM POSIADA PROGRAM DZIAŁAŃ NAPRAWCZYCH	LABORATORIUM POSIADA PROGRAM DZIAŁAŃ NAPRAWCZYCH
	LABORATORIUM POSIADA WYKAZ STOSOWANYCH METOD ANALITYCZNYCH	LABORATORIUM POSIADA WYKAZ STOSOWANYCH METOD ANALITYCZNYCH	LABORATORIUM POSIADA WYKAZ STOSOWANYCH METOD ANALITYCZNYCH
	LABORATORIUM MA OPRACOWANE ZASADY POBIERANIA, PRZECHOWYWANIA, ORAZ TRANSPORTU MATERIAŁU ORAZ PROWADZI SZKOLENIE W TYM ZAKRESIE	LABORATORIUM MA OPRACOWANE ZASADY POBIERANIA, PRZECHOWYWANIA, ORAZ TRANSPORTU MATERIAŁU ORAZ PROWADZI SZKOLENIE W TYM ZAKRESIE	LABORATORIUM MA OPRACOWANE ZASADY POBIERANIA, PRZECHOWYWANIA, ORAZ TRANSPORTU MATERIAŁU ORAZ PROWADZI SZKOLENIE W TYM ZAKRESIE
	LABORATORIUM POSIADA LISTĘ WYKONYWANYCH BADAŃ, TRYB ICH WYKONYWANIA ORAZ ZAKRESY WARTOŚCI PRAWDŁOWYCH	LABORATORIUM POSIADA LISTĘ WYKONYWANYCH BADAŃ, TRYB ICH WYKONYWANIA ORAZ ZAKRESY WARTOŚCI PRAWDŁOWYCH	LABORATORIUM POSIADA LISTĘ WYKONYWANYCH BADAŃ, TRYB ICH WYKONYWANIA ORAZ ZAKRESY WARTOŚCI PRAWDŁOWYCH
	WYNIK BADANIA WYDAWANY PRZEZ LABORATORIUM JEST AUTORYZOWANY PRZEZ DIAGNOSTĘ LABORATORYJNEGO	WYNIK BADANIA WYDAWANY PRZEZ LABORATORIUM JEST AUTORYZOWANY PRZEZ DIAGNOSTĘ LABORATORYJNEGO	WYNIK BADANIA WYDAWANY PRZEZ LABORATORIUM JEST AUTORYZOWANY PRZEZ DIAGNOSTĘ LABORATORYJNEGO
	PROWADZENIE DOKUMENTACJI I ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SPOSÓB ZAPEWNIAJACY OCHRONĘ DANYCH OSOBOWYCH	PROWADZENIE DOKUMENTACJI I ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SPOSÓB ZAPEWNIAJACY OCHRONĘ DANYCH OSOBOWYCH	PROWADZENIE DOKUMENTACJI I ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SPOSÓB ZAPEWNIAJACY OCHRONĘ DANYCH OSOBOWYCH

STANDARD PRACOWNI DIAGNOSTYKI MIKROBIOLOGICZNEJ				
	1 TYP (A)	2 TYP (B)	3 TYP (C - REFERENCYJNE)	4 TYP (D - O WĄSKIM PROFILU SPECJALISTYCZNYM)
ZAKRES WYKONYWANYCH BADAŃ (TYPY PRACOWNI)	PODSTAWOWA DIAGNOSTYKA MIKROBIOLOGICZNA (MIKROSKOPIA, HODOWLA W WARUNKACH TLENOWYCH, IDENTYFIKACJA , OZNACZENIE LEKOWRAŻLIWOSCI, HODOWLA W WARUNKACH BEZTLENOWYCH BEZ IDENTYFIKACJI, HODOWLA W KIERUNKU GRZYBÓW DROZDZOPODOBNYCH BEZ IDENTYFIKACJI, PODSTAWOWA DIAGNOSTYKA SEROLOGICZNA CHOROÓB INFEKCYJNYCH)	PODSTAWOWA DIAGNOSTYKA MIKROBIOLOGICZNA (MIKROSKOPIA, HODOWLA W WARUNKACH TLENOWYCH, IDENTYFIKACJA , OZNACZENIE LEKOWRAŻLIWOSCI, DIAGNOSTYKA SEROLOGICZNA CHOROÓB INFEKCYJNYCH)	WSZYSTKIE ZAKRESY BADAŃ JAK DLA TYPU1 (A) LUB 2 (B) W FORMIE OPCJI	WSZYSTKIE ZAKRESY BADAŃ JAK DLA TYPU 2 (B) W FORMIE OPCJI
	OZNACZANIE PODSTAWOWYCH MECHANIZMÓW OPORNOŚCI BAKTERII	OZNACZANIE PODSTAWOWYCH MECHANIZMÓW OPORNOŚCI BAKTERII Z OKREŚLANIEM MIC	DIAGNOSTYKA ZAKAŻEŃ STANOWIĄCYCH ZAGROŻENIA DLA ZDROWIA PUBLICZNEGO	DIAGNOSTYKA DROBNOUSTROJÓW W RÓŻNYCH PRZYPADKACH CHOROÓB ZAKAŻNYCH W ZALEŻNOŚCI OD PROFILU LABORATORIUM (NP. PRĄTKA GRUŻLICY, CHOROÓB PRZENOSZONYCH DROGA PŁCIOWĄ, CHOROÓB TROPICALNYCH, ZAKAŻEŃ PRZEWODU POKARMOWEGO)
	UDZIAŁ W PROGRAMIE KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH (W PRZYPADKU OBSŁUGI JEDNOSTEK LECZNICZTWA ZAMKNIĘTEGO)	HODOWLA W WARUNKACH SZCZEGÓLNYCH (NP. BEZTLENOWYCH) Z IDENTYFIKACJĄ DROBNOUSTROJÓW	MONITOROWANIE DROBNOUSTROJÓW I ICH OPORNOŚCI NA ANTYBIOTYKI	
		PRACOWNIA MIKROBIOLOGICZNA Z IDENTYFIKACJĄ GRZYBÓW	BADANIA METODAMI BIOLOGII MOLEKULARNEJ	
		PRACOWNIA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH		
SPRZĘT	WG WYTYCZNYCH I NORM MZ DLA LABORATORIÓW MIKROBIOLOGICZNYCH - LISTOPAD 2001	WG WYTYCZNYCH I NORM MZ DLA LABORATORIÓW MIKROBIOLOGICZNYCH - LISTOPAD 2001	WG WYTYCZNYCH I NORM MZ DLA LABORATORIÓW MIKROBIOLOGICZNYCH - LISTOPAD 2001 (WYPOSAŻENIE W ZALEŻNOŚCI OD PROFILU)	WG WYTYCZNYCH I NORM MZ DLA LABORATORIÓW MIKROBIOLOGICZNYCH - LISTOPAD 2001 (WYPOSAŻENIE W ZALEŻNOŚCI OD PROFILU)
DOSTĘPNOŚĆ	MINIMUM 8 GODZINNY CZAS OTWARCIA	MINIMUM 12 GODZINNY CZAS OTWARCIA	MINIMUM 8 GODZINNY CZAS OTWARCIA	MINIMUM 8 GODZINNY CZAS OTWARCIA
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU WYŻSZEGO	DIAGNOSTA LABORATORYJNY - SPECJALISTA MIKROBIOLOG I - WSZEGO STOPNIA Z 5 LETNIM STAŻEM (1 OSOBA)	DIAGNOSTA LABORATORYJNY - SPECJALISTA MIKROBIOLOG I - WSZEGO STOPNIA (MINIMUM 2 OSOBY)	DIAGNOSTA LABORATORYJNY - SPECJALISTA MIKROBIOLOG I - WSZEGO STOPNIA (MINIMUM 2 OSOBY)	DIAGNOSTA LABORATORYJNY - SPECJALISTA MIKROBIOLOG I - WSZEGO STOPNIA Z 5 LETNIM STAŻEM (1 OSOBA)
		DIAGNOSTA LABORATORYJNY - SPECJALISTA MIKROBIOLOG II -EGO STOPNIA (1 OSOBA)	DIAGNOSTA LABORATORYJNY - SPECJALISTA MIKROBIOLOG II -EGO STOPNIA (1 OSOBA)	DIAGNOSTA LABORATORYJNY
INNE WYMAGANIA	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM
	STOSOWANIE STANDARDÓW DOTYCZĄCYCH ZAKRESU BADAŃ WG WYTYCZNYCH I NORM MZ DLA LABORATORIÓW MIKROBIOLOGICZNYCH - LISTOPAD 2001	STOSOWANIE STANDARDÓW DOTYCZĄCYCH ZAKRESU BADAŃ WG WYTYCZNYCH I NORM MZ DLA LABORATORIÓW MIKROBIOLOGICZNYCH - LISTOPAD 2001	STOSOWANIE STANDARDÓW DOTYCZĄCYCH ZAKRESU BADAŃ WG WYTYCZNYCH I NORM MZ DLA LABORATORIÓW MIKROBIOLOGICZNYCH - LISTOPAD 2001	STOSOWANIE STANDARDÓW DOTYCZĄCYCH ZAKRESU BADAŃ WG WYTYCZNYCH I NORM MZ DLA LABORATORIÓW MIKROBIOLOGICZNYCH - LISTOPAD 2001
	KONTROLA WEWNĄTRZLABORATORYJNA	KONTROLA WEWNĄTRZLABORATORYJNA	KONTROLA WEWNĄTRZLABORATORYJNA	KONTROLA WEWNĄTRZLABORATORYJNA
	UCZESTNICTWO W KONTROLACH ZEWNĄTRZLABORATORYJNYCH	UCZESTNICTWO W KONTROLACH ZEWNĄTRZLABORATORYJNYCH	UCZESTNICTWO W KONTROLACH ZEWNĄTRZLABORATORYJNYCH	UCZESTNICTWO W KONTROLACH ZEWNĄTRZLABORATORYJNYCH

Narodowy Fundusz Zdrowia - SOK - 2004

STANDARDY PRACOWNI MAMMOGRAFII			
	1 TYP	2 TYP	3 TYP
SPRZĘT	PARAMETRY ZGODNE Z ROZPORZĄDZENIEM	PARAMETRY ZGODNE Z ROZPORZĄDZENIEM	PARAMETRY ZGODNE Z ROZPORZĄDZENIEM
		FILTR LUB ANODA RODOWA	FILTR LUB ANODA RODOWA
		PRZYSTAWKA DO BIOPSJI STEREOTAKTYCZNEJ LUB USG	PRZYSTAWKA DO BIOPSJI STEREOTAKTYCZNEJ
			MAMMOTOM
ZAKRES BADAŃ	BADANIA PODSTAWOWE	BADANIA PODSTAWOWE , BIOPSJA	BADANIA PODSTAWOWE , BIOPSJA, MAMOTOMIA
DOSTĘPNOŚĆ	MINIMUM 5 GODZINNY CZAS OTWARCIA	MINIMUM 5 GODZINNY CZAS OTWARCIA	MINIMUM 5 GODZINNY CZAS OTWARCIA
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU LEKARSKIEGO	LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI	LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI	LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI
MINIMALNE DOŚWIADCZENIE KLINICZNE	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM
INNE WYMAGANIA	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA) + ANKIETA SENOLOGICZNA	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA) + ANKIETA SENOLOGICZNA	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA) + ANKIETA SENOLOGICZNA
	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI
	ULTRASONOGRAF (ZGODNY Z STANDARDEM PTU)	ULTRASONOGRAF (ZGODNY Z STANDARDEM PTU)	ULTRASONOGRAF (ZGODNY Z STANDARDEM PTU)

STANDARDY ZAKŁADU MEDYCYNY NUKLEARNEJ

	1 TYP	2 TYP	3 TYP	4 TYP
SPRZĘT	GAMMA KAMERA PLANARNA / SCYNTYGRAF	GAMMA KAMERA DO BADAŃ SPECT I CAŁEGO CIAŁA	GAMMA KAMERA TYP PET (PET-CT)	
	MIERNIK DAWEK	MIERNIK DAWEK	MIERNIK DAWEK	
	PRACOWNIA DO PRZYGOTOWYWANIA RADIOFARMACEUTYKÓW	PRACOWNIA DO PRZYGOTOWYWANIA RADIOFARMACEUTYKÓW	PRACOWNIA DO PRZYGOTOWYWANIA RADIOFARMACEUTYKÓW	PRACOWNIA DO PRZYGOTOWYWANIA RADIOFARMACEUTYKÓW
ZAKRESY TERAPII IZOTOPOWYCH	TERAPIA IZOTOPOWA ŁAGODNYCH SCHORZEŃ TARCZYCY	TERAPIA IZOTOPOWA ŁAGODNYCH SCHORZEŃ TARCZYCY	TERAPIA IZOTOPOWA ŁAGODNYCH SCHORZEŃ TARCZYCY	TERAPIA IZOTOPOWA ŁAGODNYCH SCHORZEŃ TARCZYCY
	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI
	TERAPIA IZOTOPOWA - SYNOWEKTOMII RADIOIZOTOPOWYCH	TERAPIA IZOTOPOWA -SYNOWEKTOMII RADIOIZOTOPOWYCH	TERAPIA IZOTOPOWA - SYNOWEKTOMII RADIOIZOTOPOWYCH	TERAPIA IZOTOPOWA SYNOWEKTOMII RADIOIZOTOPOWYCH
				TERAPIA IZOTOPOWA DAWKAMI PRZEKRACZAJĄCYMI 30mCi
ZAKRES BADAŃ	BADANIA PODSTAWOWE	BADANIA PODSTAWOWE, BADANIA SPECJALISTYCZNE	BADANIA PET	PROCESTERAPEUTYCZNY
DOSTĘPNOŚĆ	MINIMUM 5 GODZINNY CZAS OTWARCIA	DOSTĘPNOŚĆ DO BADAŃ 24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU	MINIMUM 5 GODZINNY CZAS OTWARCIA	ODDZIAŁ DO TERAPII 24 GODZINY NA DOBĘ
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU LEKARSKIEGO	LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z MEDYCYNY NUKLEARNEJ II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU) ZATRUDNIONY NA PEŁNYM ETACIE	LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z MEDYCYNY NUKLEARNEJ II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU) ZATRUDNIONY NA PEŁNYM ETACIE	LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z MEDYCYNY NUKLEARNEJ II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU) ZATRUDNIONY NA PEŁNYM ETACIE	LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z MEDYCYNY NUKLEARNEJ II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU) ZATRUDNIONY NA PEŁNYM ETACIE
MINIMALNE DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE	OKREŚLA KONSULTANT REGIONALNY PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT REGIONALNY PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT REGIONALNY PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT REGIONALNY PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM
INNE WYMAGANIA	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)
	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJĄCYMI NORMAMI PRAWNYMI	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJĄCYMI NORMAMI PRAWNYMI	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJĄCYMI NORMAMI PRAWNYMI	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJĄCYMI NORMAMI PRAWNYMI
				ODDZIAŁ SZPITALNY LECZENIA IZOTOPOWEGO WYPOSAŻONY W ODDSTOJNIKI RADIOIZOTOPOWE

Narodowy Fundusz Zdrowia - SOK - 2004

<p>BADANIA PODSTAWOWE</p>	<p>SCYNTYGRAFIA TARCZYCY(131I) SCYNTYGRAFIA TARCZYCY (99mTc) JODOCHWYTNOSĆ TARCZYCY SCYNTYGRAFIA STATYCZNA WĄTROBY (KOLOID) SCYNTYGRAFIA DYNAMICZNA WĄTROBY BADANIE KLIRENSOWE WĄTROBY SCYNTYGRAFIA ŚLEDZIONY SCYNTYGRAFIA OGNISK ZAPALNYCH (IMMUNOGLOBULINY, ZNAKOWANE LEUKOCYTY) SCYNTYGRAFIA DYNAMICZNA NEREK BADANIE KLIRENSOWE NEREK SCYNTYGRAFIA STATYCZNA NEREK SCYNTYGRAFIA ŚLINIANEK SCYNTYGRAFIA MIEJSCA KRWAWIENIA Z PRZEWODU POKARMOWEGO SCYNTYGRAFIA W KIERUNKU UCHYLEKA MECKELA SCYNTYGRAFIA DYNAMICZNA SERCA (WENTRYKULOGRAFIA RADIOIZOTOPOWA) SCYNTYGRAFIA KORY NADNERCZY SCYNTYGRAFIA RDZENIA NADNERCZY CYSTERNOGRAFIA SCYNTYGRAFIA PRZYTARCZYC SCYNTYGRAFIA KOŚCI DYNAMICZNA SCYNTYGRAFIA KOŚCI STATYCZNA SCYNTYGRAFIA PERFUZYJNA PŁUC SCYNTYGRAFIA UKŁADU LIMFATYCZNEGO FLEBOGRAFIA RADIOIZOTOPOWA</p>
<p>BADANIA SPECJALISTYCZNE</p>	<p>SCYNTYGRAFIA ZNAKOWANYM ZBIOREM KRWI WĄTROBY - SPECT SCYNTYGRAFIA Z ZASTOSOWANIEM POCHODNYCH SOMATOSTATYNY - BADANIE CAŁEGO CIAŁA/SPECT SCYNTYGRAFIA DYNAMICZNA PRZĘŁYKU SCYNTYGRAFIA DYNAMICZNA ŻOŁĄDKA SCYNTYGRAFIA PERFUZYJNA SERCA SPOCZYNKOWA - SPECT SCYNTYGRAFIA PERFUZYJNA SERCA WYSIŁKOWA - SPECT BADANIE PRZEPŁYWU KRWI W MÓZGU - SPECT SCYNTYGRAFIA MÓZGU Z ZASTOSOWANIEM MIBI - SPECT SCYNTYGRAFIA MÓZGU Z ZASTOSOWANIEM 201 TICI - SPECT SCYNTYGRAFIA STATYCZNA KOŚCI CAŁE CIAŁO SCYNTYGRAFIA KOŚCI - SPECT SCYNTYGRAFIA PERFUZYJNA PŁUC - SPECT SCYNTYGRAFIA WENTYLACYJNA PŁUC SCYNTYGRAFIA CAŁEGO CIAŁA 131 I SCYNTYGRAFIA CAŁEGO CIAŁA MIBI SCYNTYGRAFIA CAŁEGO CIAŁA MIBG SCYNTYGRAFIA CAŁEGO CIAŁA Z ZASTOSOWANIEM 67 Ga SCYNTYGRAFIA MÓZGU - BADANIA UKŁADÓW RECEPTOROWYCH (BENZODIAZEPINOWYCH, DOPAMINERGICZNYCH) - SPECT SCYNTYGRAFIA STATYCZNA NEREK - SPECT SCYNTYGRAFIA CAŁEGO CIAŁA Z ZASTOSOWANIEM PRZECIWCIAŁ MONOKLONALNYCH</p>

BADANIA PET	<p>BADANIE NARZĄDOWE BADANIE CAŁEGO CIAŁA BADANIE CAŁEGO CIAŁA U CHORYCH Z GUZEM LITYM PŁUC, U KTÓRYCH BIOPSJA CIENKOIGŁOWA, ZE WZGLĘDU NA POŁOŻENIE ZMIANY, JEST ZWIĄZANA Z RYZYKIEM ISTOTNYCH POWIKŁAŃ LUB WYNIK BADANIA CYTOLOGICZNEGO JEST NIEJEDNOZNACZNY BADANIE CAŁEGO CIAŁA U CHORYCH Z ROZPOZNANYM RAKIEM NIEDROBNOKOMÓRKOWYM PRZED DECYZJĄ O LECZENIU OPERACYJNYM LUB CHEMIOTERAPIĄ BADANIE CAŁEGO CIAŁA U CHORYCH Z ROZPOZNANIEM PIERWOTNEGO GUZA MÓZGU PRZED PLANOWANĄ BIOPSIĄ LUB LECZENIEM OPERACYJNYM BADANIE CAŁEGO CIAŁA U CHORYCH Z ROZPOZNANYM GUZEM MÓZGU (GLEJAKIEM) PO LECZENIU OPERACYJNYM I/LUB RADIOTERAPII, W PRZYPADKU PODEJRZENIA ODROSTU GUZA, JEŚLI INNE BADANIA OBRAZOWE NIE SĄ JEDNOZNACZNE BADANIE CAŁEGO CIAŁA U CHORYCH PO LECZENIU RAKA JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY, JEŚLI OBRAZ KLINICZNY WSKAZUJE NA MOŻLIWOSC WZNOWY PROCESU NOWOTWOROWEGO BADANIE CAŁEGO CIAŁA U CHORYCH NA RAKA JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY Z PODEJRZENIEM ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO WĄTROBY LUB PŁUC, JEŚLI PLANOWANE JEST LECZENIE OPERACYJNE BADANIE CAŁEGO CIAŁA U CHORYCH Z ROZPOZNANIEM CZERNIAKA PRZED PLANOWANYM LECZENIEM OPERACYJNYM (CELEM WYKLUCZENIA ZMIAN PRZERZUTOWYCH) BADANIE MÓZGU U CHORYCH NA PADACZKĘ PRZED PLANOWANYM LECZENIEM OPERACYJNYM, JEŚLI WYNIKI INNYCH BADAŃ NIE POZWALAJĄ NA JEDNOZNACZNĄ LOKALIZACJĘ OGNISKA PADACZKORODNEGO BADANIE SERCA U CHORYCH Z CHOROBAŁ NIEDOKRWIENNĄ SERCA I OBJAWAMI NIEWYDOLNOŚCI LEWEJ KOMORY PRZED PLANOWANYM LECZENIEM REWASKULARYZACYJNYM, JEŚLI INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE NIE POZWALAJĄ NA OKREŚLENIE ŻYWOTNOŚCI NIEDOKRWIONEJ OKOLICY MIOKARDIUM BADANIE CAŁEGO CIAŁA U CHORYCH NA RAKA PRZEŁYKU CELEM OKREŚLENIA STOPNIA ZAAWANSOWANIA CHOROBY PRZED PLANOWANYM LECZENIEM OPERACYJNYM, CHEMIOTERAPIĄ LUB RADIOTERAPIĄ BADANIE CAŁEGO CIAŁA U CHORYCH NA RAKA TARCZYCY, PO UPRZEDNIM LECZENIU, JEŚLI STWIERDZA SIĘ WZROST STĘŻENIA TYREOGLOBULINY I PRAWIDŁOWY WYNIK SCYNTYGRAFICZNY CAŁEGO CIAŁA PO PODANIU ¹³¹I BADANIA KONTROLNE U CHORYCH, U KTÓRYCH WSTĘPNE BADANIE PET (ZGODNIE Z POWYŻSZYMI ZALECENIAMI) WYKAZAŁO OGNISKA CHOROBOWE, CELEM OKREŚLENIA SKUTECZNOŚCI ZASTOSOWANEGO LECZENIA BADANIE CAŁEGO CIAŁA/GŁOWY U CHORYCH KIEROWANYCH NA RADIOTERAPIĘ, JEŚLI ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE ZASIĘG GUZA MOŻE WYKRACZAĆ POZA GRANICE UWIDOCZNIONE W BADANIU TK, JAKO BADANIE STOSOWANE W PLANOWANIU RADIOTERAPII BADANIE CAŁEGO CIAŁA U CHORYCH Z ROZPOZNANIEM CHŁONIAKA CELEM OKREŚLENIA ZASIĘGU ZMIAN CHOROBOWYCH LUB KONTROLI PO LECZENIU</p>
-------------	--

STANDARZY PRACOWNI ULTRASONOGRAFICZNEJ

	1 typ	2 typ	3 typ	4 typ	5 typ (dla gabinetu lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej)
SPRZĘT	SONDA CONVEX LUB MECHANICZNA 3.0 - 4.0 MHz	SONDA CONVEX LUB MECHANICZNA 3.0 - 4.0 MHz	SONDA CONVEX LUB MECHANICZNA 3.0 - 4.0 MHz	SONDA CONVEX LUB MECHANICZNA 3.0 - 5.0 MHz	SONDA CONVEX LUB MECHANICZNA 3.0 - 4.0 MHz
	SONDA LINIOWA ELEKTRONICZNA 7.0 - 7.5 MHz	SONDA LINIOWA ELEKTRONICZNA 7.0 - 7.5 MHz	SONDA LINIOWA ELEKTRONICZNA 7.0 - 7.5 MHz	SONDA LINIOWA ELEKTRONICZNA 5.0 - 10.0 MHz	SONDA LINIOWA ELEKTRONICZNA 7.0 - 7.5 MHz
	CZARNO - BIAŁY	CZARNO - BIAŁY	OPCJA DOPPLERA PULSACYJNEGO C-B	OPCJA DOPPLERA PULSACYJNEGO KOLOR, TKANKOWY	SONDA ENDOKAWITALNA 5.0 - 7.0 MHz
			SONDA ENDOKAWITALNA 5.0 - 7.0 MHz	SONDA ENDOKAWITALNA 6.0 - 9.0 MHz	UWAGA: MOŻLIWOŚĆ OPCJI W ZALEŻNOŚCI OD SPECJALNOŚCI
			PRZYSTAWKA DO BIOPSI	PRZYSTAWKA DO BIOPSI	
			MINIMUM 512 KANAŁÓW		
DOSTĘPNOŚĆ	MINIMUM 5 GODZINNY CZAS OTWARCIA	MOŻLIWOŚĆ WYKONYWANIA BADAŃ 24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU	MOŻLIWOŚĆ WYKONYWANIA BADAŃ 24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU	MOŻLIWOŚĆ WYKONYWANIA BADAŃ 24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU	MOŻLIWOŚĆ BADAŃ W GODZINACH PRACY PORADNI
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU LEKARSKIEGO	SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI / INNA SPECJALIZACJA Z ZAŚWIADCZENIEM O DOPUSZCZENIU DO WYKONYWANIA OKREŚLONYCH BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH	SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI / INNA SPECJALIZACJA Z ZAŚWIADCZENIEM O DOPUSZCZENIU DO WYKONYWANIA OKREŚLONYCH BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH	SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI / INNA SPECJALIZACJA Z ZAŚWIADCZENIEM O DOPUSZCZENIU DO WYKONYWANIA OKREŚLONYCH BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH	SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI / INNA SPECJALIZACJA Z ZAŚWIADCZENIEM O DOPUSZCZENIU DO WYKONYWANIA OKREŚLONYCH BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH	SPECJALIZACJA KIERUNKOWA II STOPNIA (UROLOG, GINEKOLOG, ENDOKRYNOLOG, GASTROENTEROLOG)
MINIMALNE DOŚWIADCZENIE KLINICZNE	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM, POLSKIM TOWARZYSTWEM ULTRASONOGRAFICZNYM I INNYMI TOWARZYSTWAMI W ZALEŻNOŚCI OD ZAKRESU KLINICZNEGO	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM, POLSKIM TOWARZYSTWEM ULTRASONOGRAFICZNYM I INNYMI TOWARZYSTWAMI W ZALEŻNOŚCI OD ZAKRESU KLINICZNEGO	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM, POLSKIM TOWARZYSTWEM ULTRASONOGRAFICZNYM I INNYMI TOWARZYSTWAMI W ZALEŻNOŚCI OD ZAKRESU KLINICZNEGO	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM, POLSKIM TOWARZYSTWEM ULTRASONOGRAFICZNYM I INNYMI TOWARZYSTWAMI W ZALEŻNOŚCI OD ZAKRESU KLINICZNEGO	
INNE WYMAGANIA	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	

STANDARDY PRACOWNI TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ				
	1 TYP	2 TYP	3 TYP	4 TYP
SPRZĘT	APARAT STANDARDOWYM (O SKANIE MAX 2s /360/ 1 WARSTWĘ I ZDOLNOŚCI ROZDZIELCZEJ WYSOKOKONTRASTOWEJ MIN 12 PAR LINII/CM DLA SKANU STANDARDOWEGO 360)	APARAT SPIRALNY O SKANIE DO 1s /360/ 1 WARSTWĘ I ZDOLNOŚCI ROZDZIELCZEJ WYSOKOKONTRASTOWEJ MIN 12 PAR LINII/CM DLA SKANU STANDARDOWEGO 360	APARAT SPIRALNY WIELORZĘDOWY (DO 4)	APARAT SPIRALNY WIELORZĘDOWY (8 I POWYŻEJ)
			APARAT Z DODATKOWĄ KONSOLĄ ROBOCZĄ	APARAT Z DODATKOWĄ KONSOLĄ ROBOCZĄ
		STRZYKAWKA AUTOMATYCZNA DO PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO	STRZYKAWKA AUTOMATYCZNA DO PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO	STRZYKAWKA AUTOMATYCZNA DO PODANIA ŚRODKA KONTRASTOWEGO SPRZĘŻONA Z APARATEM
ZAKRES BADAŃ (PROCEDUR)	BADANIA PODSTAWOWE	BADANIA PODSTAWOWE I SPECJALISTYCZNE	BADANIA PODSTAWOWE I SPECJALISTYCZNE	BADANIA PODSTAWOWE I SPECJALISTYCZNE, BADANIE SERCA
DOSTĘPNOŚĆ	MOŻLIWOŚĆ WYKONYWANIA BADAŃ 24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU	MOŻLIWOŚĆ WYKONYWANIA BADAŃ 24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU	MOŻLIWOŚĆ WYKONYWANIA BADAŃ 24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU	MOŻLIWOŚĆ WYKONYWANIA BADAŃ 24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU	MINIMUM 1 LEKARZ ZE SPECJALIZACJĄ Z RADIODIAGNOSTYKI II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU)	MINIMUM 1 LEKARZ ZE SPECJALIZACJĄ Z RADIODIAGNOSTYKI II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU)	MINIMUM 1 LEKARZ ZE SPECJALIZACJĄ Z RADIODIAGNOSTYKI II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU)	MINIMUM 1 LEKARZ ZE SPECJALIZACJĄ Z RADIODIAGNOSTYKI II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU)
MINIMALNE DOŚWIADCZENIE KLINICZNE	OKREŚLA KONSULTANT REGIONALNY PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT REGIONALNY PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM
INNE WYMAGANIA	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)
	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI
	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA BADANIA W ZNIECZULENIU OGÓLNYM	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA BADANIA W ZNIECZULENIU OGÓLNYM	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA BADANIA W ZNIECZULENIU OGÓLNYM	MOŻLIWOŚĆ WYKONANIA BADANIA W ZNIECZULENIU OGÓLNYM
BADANIA PODSTAWOWE	TK GŁOWY, PRZESTRZENIE MIĘDZYKRĘGOWE , HRCT, PRZEGLĄDOWE BADANIE JAMY BRZUSZNEJ , MIEDNICY			
BADANIA SPECJALISTYCZNE	BADANIE JAMY BRZUSZNEJ WIELOFAZOWE I DYNAMICZNE, WIRTUALNA ENDOSKOPIA, PERFUZJA, ANGIO TK, REKONSTRUKCJA 2-3 D			

STANDARDY PRACOWNI RTG NACZYNIOWEJ

	1 TYP - DIAGNOSTYCZNY	2 TYP - TERAPEUTYCZNY
SPRZĘT	APARAT Z CYFROWĄ REJESTRACJĄ OBRAZU	APARAT Z CYFROWĄ REJESTRACJĄ OBRAZU Z OPCJĄ ROAD MAPPING I POMIAROWĄ ZGODNIE Z PRZEZNACZENIEM KLINICZNYM
	STRZYKAWKA AUTOMATYCZNA	STRZYKAWKA AUTOMATYCZNA
		APARAT DO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO
DOSTĘPNOŚĆ	MINIMUM 5 GODZINNY CZAS OTWARCIA	DOSTĘPNOŚĆ PRACOWNI 24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU	MINIMUM 1 LEKARZ Z SPECJALIZACJĄ Z RADIODIAGNOSTYKI II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU)	MINIMUM 1 LEKARZ Z SPECJALIZACJĄ Z RADIODIAGNOSTYKI II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU)
MINIMALNE DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM
INNE WYMAGANIA	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)
	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI

STANDARDY PRACOWNI RTG OGÓLNEJ

	1 TYP	2 TYP	3 TYP
SPRZĘT	STATYW PŁUCNY	STATYW PŁUCNY	STATYW PŁUCNY
	STÓŁ KOSTNY	STÓŁ KOSTNY	STÓŁ KOSTNY
		ŚCIANKA DO PRZEŚWIELEŃ	ŚCIANKA DO PRZEŚWIELEŃ
		LUB APARAT ZDALNIE STEROWANY (TELEKOMANDO)	LUB APARAT ZDALNIE STEROWANY (TELEKOMANDO)
			APARAT PRZYŁÓŻKOWY
DOSTĘPNOŚĆ	MINIMUM 5 GODZINNY CZAS OTWARCIA	DOSTĘPNOŚĆ TECHNIKA RTG 24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU Z MOŻLIWOŚCIĄ KONSULTACJI PRZEZ RADIOLOGA	DYŻUR LEKARSKI I TECHNIKA RTG 24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU LEKARSKIEGO	MINIMUM 1 LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI I° (WG STAREGO TRYBU)	MINIMUM 1 LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI II° (WG STAREGO TRYBU) LUB SPECJALIZACJA NOWEGO TRYBU	MINIMUM 1 LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI II° (WG STAREGO TRYBU) LUB SPECJALIZACJA NOWEGO TRYBU
MINIMALNE DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM
INNE WYMAGANIA	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)
	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI

STANDARZY PRACOWNI REZONANSU MAGNETYCZNEGO

	1 TYP	2 TYP	3 TYP	4 TYP
SPRZĘT	MIN 10 mT/m	MIN15 mT/m	MIN 25 mT/m	MIN 25 mT/m
			STRZYKAWKA AUTOMATYCZNA	STRZYKAWKA AUTOMATYCZNA
ZAKRESY BADAŃ (PROCEDUR)	BADANIA PODSTAWOWE	BADANIA PODSTAWOWE I SPECJALISTYCZNE	BADANIA PODSTAWOWE I SPECJALISTYCZNE, CZYNNOŚCIOWE	BADANIA PODSTAWOWE I SPECJALISTYCZNE, SPEKTROSKOPIA, CZYNNOŚCIOWE MÓZGU
DOSTĘPNOŚĆ	MINIMUM 5 GODZINNY CZAS OTWARCIA	24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU	24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU	24 GODZINY NA DOBĘ / 7 DNI W TYGODNIU
MINIMALNE KWALIFIKACJE PERSONELU	LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU)	LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU)	LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU)	LEKARZ Z SPECJALIZACJA Z RADIODIAGNOSTYKI II° (WG STAREGO TRYBU CO RÓWNOZNACZNE ZE SPECJALISTĄ WG NOWEGO TRYBU)
	TECHNIK RTG	TECHNIK RTG	TECHNIK RTG	TECHNIK RTG
MINIMALNE DOŚWIADCZENIE KLINICZNE	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM	OKREŚLA KONSULTANT WOJEWÓDZKI PRZY WSPÓŁPRACY Z KONSULTANTEM KRAJOWYM
INNE WYMAGANIA	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)	PROGRAM ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM (PESEL, DATA RODZAJ, BADANIA)
	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI WG ZAŁĄCZNIKA	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI	ZGODNOŚĆ Z OBOWIĄZUJACYMI NORMAMI PRAWNYMI

BADANIA PODSTAWOWE	GŁOWY, STAWÓW , KRĘGOSŁUPA
BADANIA SPECJALISTYCZNE	DYFUZJA, PERFUZJA , ANGIOGRAFIA Z UŻYCIEM KONTRASTU, JAMY BRZUSZNEJ

Dializa otrzewnowa

Zakresem dializ kontraktowanych przez NFZ są:

- Ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa / CADO /
- Automatyczna dializa otrzewnowa / ADO /

1. Zakres schorzeń leczonych metodą dializy otrzewnowej

- przewlekłe nieodwracalne uszkodzenie czynności własnych nerek wymagające terapii zastępczej

2. Zakres badań diagnostycznych wymaganych dla ustalenia rozpoznania i/lub monitorowania przebiegu leczenia

- morfologia, mocznik, kreatynina, glukoza, sód, potas, wapń, fosforany - *co 6 tygodni*
- białko całkowite, albuminy, lipidogram, kwas moczowy, równowaga kwasowo – zasadowa - *co 3 miesiące*
- koagulogram, transaminazy, fosfataza zasadowa, ferrytyna - *co 6 miesięcy*
- mocznik, kreatynina, białko w moczu dobowym oraz dobowym płynie otrzewnowym /WCC – tygodniowy klirens kreatyniny, dobową utratą białka/ - *co 6 miesięcy*
- test ekwilibracji otrzewnej /PET/ - trzykrotny pomiar stężenia glukozy i kreatyniny w płynie otrzewnowym - *co 6 miesięcy*
- HBS Ag, Anty – HCV, anty – HIV - *co 12 miesięcy*
- RTG klatki piersiowej - *co 12 miesięcy*
- EKG - *co 6 tygodni*
- i – PTH u dzieci - *co 6 miesięcy*
- cytoza płynu otrzewnowego - *co 3 miesiące*
- posiew płynu otrzewnowego - *co 2 miesiące / na beztlenowce i tlenowce /*

Jednostka prowadząca dializę otrzewnową powinna mieć zapewniony dostęp do aparatu dializacyjnego /sztucznej nerki/ w wypadku niepowodzenia dializoterapii otrzewnowej, bloku operacyjnego jak również powinna mieć możliwość hospitalizacji chorego.

Ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa / CADO /

1. Opis i zakres przedmiotu konkursu

- Przedmiotem konkursu jest opieka nad pacjentem leczonym metodą Ciągłej Ambulatoryjnej Dializy Otrzewnowej (CADO) sprawowana przez 12 miesięcy:

- Warunki udzielania świadczenia obejmują:
 - A. Badanie konsultacyjne i kwalifikację do leczenia metodą CADO
 - B. Czynności i zabiegi
 - wszczepienie cewnika do jamy otrzewnej jak również jego okresowa wymiana /średnio co 2 lata/
 - wymiana drenu pośredniego / co 6 miesięcy/
 - pobranie płynu otrzewnowego /5 razy/
 - konsultacje kontrolne połączone z wymianą opatrunku przy cewniku do dializ oraz pobraniem krwi /co 6 tygodni/
 - C. Zaopatrzenie pacjenta w płyny dializacyjne, dreny oraz inne materiały medyczne niezbędne do prowadzenia CADO
 - D. Szkolenie właściwe /początkowe/
 - szkolenie uzupełniające
 - E. Badania co 6 tygodni /morfologia, mocznik, kreatynina, glukoza, sód, potas, wapń, fosforany/
 - F. Badania co 3 miesiące /białko całkowite + albuminy, lipidogram, kwas moczowy, zasób zasad/
 - G. Badania co 6 miesięcy /koagulogram, transaminazy, fosfataza alkaliczna, mocznik, kreatynina, białko w moczu dobowym oraz płynie otrzewnowym (WCC-tygodniowy klirens kreatyniny, Kt/V, dobową utratę białka), PET-test ekwilibracji otrzewnej-trzykrotny pomiar stężenia glukozy i kreatyniny w płynie otrzewnowym, ferrytyna/
 - H. Badania co 12 miesięcy /HBs, HCV, HIV, rtg kl. piersiowej, EKG, i-PTH (u dzieci co 6 miesięcy), proteinogram (zamiast oceny stężenia białka całk. i albumin)/
 - I. Ambulatoryjna profilaktyka zapalenia otrzewnej /konsultacja 5 razy/rok, cytoza płynu otrzewnowego 3 razy /rok, posiew płynu otrzewnowego 5 razy po 2 pożywki/rok/
 - J. Monitorowanie leczenia niedokrwistości, podawanie leków – erytropoetyna lub inne środki stymulujące erytropoezę (Darbepoetyna) podawane s.c lub i.v. w dawce jednorazowej lub w dawce skumulowanej nie rzadziej niż jeden raz na 21 dni, zapewniającej uzyskanie i utrzymanie stężenia HGb od 11g/dl do 12g/dl u co najmniej 95% pacjentów dializowanych w danym ośrodku dializacyjnym.

Odpowiedzialnym za przestrzeganie wytycznych zawartych w opisie programu jest kierownik ośrodka dializ, a pod jego nieobecność lekarz nadzorujący dializy.

Z zakresu przedmiotu konkursu wyłączone są:

- szpitalne leczenie powikłań
- badania specjalistyczne kwalifikujące do przeszczepu nerki

2. Kwalifikacje personelu

- lekarze nefrolodzy / dopuszcza się także lekarzy specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych lub pediatrii w trakcie specjalizacji z nefrologii /
- kierownik ośrodka – specjalista nefrolog
- pielęgniarki po odbytym przeszkoleniu w ośrodku dializ
- pozostały średni i niższy personel medyczny potrzebny zgodnie z odpowiednimi przepisami w zależności od struktury organizacyjnej ośrodka dializy otrzewnowej

3. Warunki lokalowe umożliwiające realizację procedury

- Bezpośredni dostęp do bloku operacyjnego /wszczepienie lub wymiana cewnika otrzewnowego/
- Bezpośredni dostęp do dializatora /sztucznej nerki/
- Pomieszczenia zgodne z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 roku z późniejszymi zmianami w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej /Dz. U. Nr 74 poz. 366/

4. Wyposażenie w aparaturę

- Pełny osprzęt potrzebny do opieki nad chorym poddanym dializie otrzewnowej /cewniki, dreny itd./
- elektrokardiograf trójkanałowy
- sprzęt resuscytacyjny
- dostęp do aparatury diagnostycznej / Pracowni RTG, USG, TK / i laboratorium analitycznego
- stacja uzdatniania wody

Automatyczna dializa otrzewnowa / ADO /

1. Opis i zakres przedmiotu konkursu

- Przedmiotem konkursu jest opieka nad pacjentem leczonym metodą Ambulatoryjnej Dializy Otrzewnowej (ADO) sprawowana przez 12 miesięcy:
- Warunki udzielania świadczeń obejmują:
 - A. Badanie konsultacyjne i kwalifikację do leczenia metodą CADO
 - B. Czynności i zabiegi
 - wszczepienie cewnika do jamy otrzewnej jak również jego okresowa wymiana /średnio co 2 lata/
 - wymiana drenu pośredniego / co 6 miesięcy/
 - pobranie płynu otrzewnowego /5 razy/
 - konsultacje kontrolne połączone z wymianą opatrunku przy cewniku do dializ oraz pobraniem krwi /co 6 tygodni/
 - C. Zaopatrzenie pacjenta w płyny dializacyjne, dreny oraz inne materiały medyczne niezbędne do prowadzenia ADO
 - D. Szkolenie właściwe /początkowe/
 - szkolenie uzupełniające
 - E. Badania co 6 tygodni /morfologia, mocznik, kreatynina, glukoza, sód, potas, wapń, fosforany/
 - F. Badania co 3 miesiące /białko całkowite + albuminy, lipidogram, kwas moczowy, zasób zasad/
 - G. Badania co 6 miesięcy /koagulogram, transaminazy, fosfataza alkaliczna, mocznik, kreatynina, białko w moczu dobowym oraz płynie otrzewnowym (WCC-tygodniowy klirens kreatyniny, Kt/V, dobową utratę białka), PET-test ekwilibracji otrzewnej-trzykrotny pomiar stężenia glukozy i kreatyniny w płynie otrzewnowym, ferrytyna/
 - H. Badania co 12 miesięcy /HBs, HCV, HIV, rtg kl. piersiowej, EKG, i-PTH (u dzieci co 6 miesięcy), proteinogram (zamiast oceny stężenia białka całk. i albumin)/
 - I. Ambulatoryjne profilaktyka zapalenia otrzewnej /konsultacja 5 razy/rok, cytoza płynu otrzewnowego 3 razy /rok, posiew płynu otrzewnowego 5 razy po 2 pożywki/rok/
 - J. Monitorowanie leczenia niedokrwistości, podawanie leków – erytropoetyna lub inne środki stymulujące erytropoezę (Darbepoetyna) podawane s.c lub i.v. w

dawce jednorazowej lub w dawce skumulowanej nie rzadziej niż jeden raz na 21 dni, zapewniającej uzyskanie i utrzymanie stężenia HGB od 11g/dl do 12g/dl u co najmniej 95% pacjentów dializowanych w danym ośrodku dializacyjnym.

Odpowiedzialnym za przestrzeganie wytycznych zawartych w opisie programu jest kierownik ośrodka dializ, a pod jego nieobecność lekarz nadzorujący dializy.

Z zakresu przedmiotu konkursu wyłączone są:

- szpitalne leczenie powikłań
- badania specjalistyczne kwalifikujące do przeszczepu nerki

2. Kwalifikacje personelu

- lekarze nefrolodzy / dopuszcza się także lekarzy specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych lub pediatrii w trakcie specjalizacji z nefrologii /
- kierownik ośrodka – specjalista nefrolog
- pielęgniarki po odbytym przeszkoleniu w ośrodku dializ
- pozostały średni i niższy personel medyczny potrzebny zgodnie z odpowiednimi przepisami w zależności od struktury organizacyjnej ośrodka dializy otrzewnowej

3. Warunki lokalowe umożliwiające realizację procedury

- Bezpośredni dostęp do bloku operacyjnego /wszczepienie lub wymiana cewnika otrzewnowego/
- Bezpośredni dostęp do dializatora /sztucznej nerki/
- Pomieszczenia zgodne z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 roku z późniejszymi zmianami w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej /Dz. U. Nr 74 poz. 366/

4. Wyposażenie w aparaturę

- Pełny osprzęt potrzebny do opieki nad chorym poddanym dializie otrzewnowej /cewniki, dreny itd./
- elektrokardiograf trójkanałowy
- sprzęt resuscytacyjny
- dostęp do aparatury diagnostycznej / Pracowni RTG, USG, TK / i laboratorium analitycznego

- stacja uzdatniania wody

Endowaskularne zaopatrzenie tętniaka aorty piersiowej i/lub brzuszej

1. Zasady kwalifikacji chorych z tętniakami aorty brzusznej do leczenia endowaskularnego – wszczepienia stentgraftu aortalno-biodrowego (kwalifikacja w zespole: chirurg naczyniowy, radiolog, anestezjolog)

- **Kwalifikacja ogólnomedyczna**

- choroby serca i niewydolność krążenia
- niewydolność oddechowa
- zaburzenia neurologiczne, udar mózgu
- otyłość, podeszły wiek >70 lat, zły stan ogólny zdrowia
- przebyte liczne operacje brzuszne

- **Kwalifikacja wg. warunków anatomicznych**

- **szyja tętniaka** czyli odcinek niezmienionej aorty brzusznej pod tętnicami nerkowymi o średnicy nie przekraczającej 30 mm i długości co najmniej 15 mm bez zagięcia kąтового ($>90^\circ$) i skrzepliny przyściennej.
- **worek tętniaka** – średnica tętniaka > 50 mm z wyjątkiem tętniaków objawowych; duże rozmiary worka tętniaka i obecność skrzepliny przyściennej nie odgrywają istotnej roli przy planowaniu zabiegu śródnaczyniowego.
- **tętnice biodrowe** – drożne (co najmniej po jednej stronie) o średnicy umożliwiającej dostęp dla wprowadzenia stentgraftu.

- **Przeciwwskazania**

- poszerzenie aorty brzusznej powyżej 30mm w odcinku podnerkowym (w szyi tętniaka)
- szyja tętniaka krótsza niż 10 mm
- obustronna niedrożność tętnic biodrowych (brak dostępu)
- wiek poniżej 60 lat (z wyjątkiem chorych, u których istnieją ewidentne przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego)

2. Zasady kwalifikacji chorych z tętniakami aorty piersiowej do leczenia endowaskularnego – wszczepienia stentgraftu piersiowego

(kwalifikacja w zespole: chirurg naczyniowy, radiolog, anestezjolog)

- **Kwalifikacja ogólnomedyczna**

Zabiegi śródnaczyniowe są metodą z wyboru leczenia tętniaków aorty piersiowej.

Do leczenia kwalifikuje się chorych ze wskazań życiowych.

- **Kwalifikacja wg. warunków anatomicznych**

- **szyja tętniaka** czyli odcinek niezmienionej aorty piersiowej poniżej lewej tętnicy podobojczykowej o średnicy nie przekraczającej 40 mm i długości co najmniej 15 mm bez krytycznego zagięcia kąтового ($>90^\circ$) i skrzepliny przyściennej.
- **worek tętniaka** – jego wielkość i obecność skrzepliny przyściennej nie odgrywa istotnej roli przy planowaniu zabiegu śródnaczyniowego
- **tętnice biodrowe** - drożne (co najmniej po jednej stronie), o średnicy umożliwiającej dostęp dla wprowadzenia stentgraftu.

- **Przeciwwskazania**

- poszerzenie aorty piersiowej w obrębie szyi tętniaka powyżej 40 mm
- szyja tętniaka krótsza niż 10 mm,
- obustronna niedrożność tętnic biodrowych (brak dostępu)

3. Warunki wykonania zabiegów endowaskularnego zaopatrzenia tętniaka aorty piersiowej i/lub brzusznej

- **Ocena przed zabiegiem**

- tomografia komputerowa
- arteriografia kalibrowania

- **Wykonanie zabiegu**

- a. Personel (specjaliści)

radiolog i chirurg naczyniowy z doświadczeniem w zakresie przezskórnych zabiegów naczyniowych oraz anestezjolog

- b. Sprzęt

- Sala zabiegowa wyposażona w cyfrowy aparat angiograficzny (typu DSA ze wzmacniaczem o średnicy 40cm i z możliwością opcji road-map, fluoroskopia pulsacyjna o wysokiej rozdzielczości przestrzennej i czasowej, wysoka precyzja lokalizacji stołu, chorego i pozycjonera; pakiet analizy naczyniowej)
- Strzykawka ciśnieniowa do podawania środka cieniującego.
- Szeroki asortyment drobnego sprzętu angiograficznego jak przewodniki cewniki, przewodniki, balony do angioplastyki, stenty itp.

- c. Zabezpieczenie w postaci możliwości wykonania operacji otwartej

- **Ocena po zabiegu**
 - ultrasonografia dopplerowska po 1, 3, 6, 12 miesiącach, następnie raz do roku
 - tomografia komputerowa po 6 lub 12 miesiącach
- **Finansowanie – punkt rozliczeniowy (według katalogu)**

HEMODIALIZA

Za pacjenta ze schyłkową niewydolnością nerek (N 18) uznaje się chorego, który został zakwalifikowany do leczenia powtarzanymi dializami od dnia rozpoczęcia tego leczenia.

Za pacjenta w kolejce do dializ uznaje się pacjenta z wykonanym dostępem naczyniowym, u którego z różnych przyczyn odroczone rozpoczęcie leczenia dializami.

1. Opis i zakres przedmiotu konkursu

- Przedmiotem konkursu jest procedura medyczna, w zakres której wchodzi czynności związane z terapią zastępczą nerek, opartą na powtarzalnych zabiegach polegających na przepływie krwi pacjenta z przewlekłym nieodwracalnym uszkodzeniem nerek przez filtr dializacyjny
- Procedura medyczna obejmuje:
 - transport chorego do Stacji Dializ przed hemodializą
 - przygotowanie stanowiska dializacyjnego / przygotowanie łóżka, nastawienie aparatu, kontrola elektrolitów, płukanie wstępne, odpowietrzenie układu, wypłukanie zestawu w wypadku reutilizacji, recyrkulacja /
 - badanie lekarskie i przygotowanie pacjenta /ważenie, mycie okolicy przetoki, wyznaczenie zleceń dializacyjnych, wypełnienie karty dializacyjnej/
 - przygotowanie dostępu naczyniowego i wklucie fistuliny do przetoki
 - podłączenie pacjenta do aparatu sztucznej nerki i wprowadzenie do krążenia pozaustrojowego
 - zabieg hemodializy /kontrola parametrów dializacyjnych i życiowych pacjenta, badania laboratoryjne i konsultacje, badania bakteriologiczne i biochemiczne/
 - zakończenie zabiegu /sprowadzenie krwi, tamowanie krwawienia, oznaczanie parametrów życiowych po hemodializie i inne, zmiana opatrunku wokół cewnika, ważenie, podawanie leków – erytropoetyna lub inne środki stymulujące erythropoezę (Darbepoetyna) podawane s.c lub i.v. w dawce jednorazowej w czasie każdej hemodializy lub w dawce skumulowanej jeden raz w tygodniu, zapewniającej uzyskanie i utrzymanie stężenia HGb od 11g/dl do 12g/dl u co najmniej 95% pacjentów dializowanych w danej stacji dializ.

- po przeprowadzonej dializie: sterylizacja /cieplna, chemiczna/ i dekalcyfikacja aparatu sztucznej nerki, utylizacja odpadów, reutilizacja dializatorów i ocena ich wydajności po tym zabiegu
- przygotowanie stanowiska dla następnego chorego
- posiłek dla pacjenta
- transport pacjenta do domu po zabiegu

Odpowiedzialnym za przestrzeganie wytycznych zawartych w opisie programu jest kierownik ośrodka dializ a pod jego nieobecność lekarz nadzorujący dializy

Z zakresu przedmiotu konkursu wyłączone są:

- szpitalne leczenie powikłań
- badania specjalistyczne kwalifikujące do przeszczepu nerki

2. Personel realizujący produkt i jego kwalifikacje

- Kierownikiem ośrodka dializ może być jedynie nefrolog w wyjątkowych sytuacjach specjalista internista (pediatra) z odpowiednim stażem (do decyzji Konsultanta Wojewódzkiego)
- Lekarze nefrologi (dopuszcza się lekarzy specjalistów z zakresu chorób wewnętrznych lub pediatrii - do decyzji konsultanta Wojewódzkiego)
- Pielęgniarki po odbytych przeszkoleniach w ośrodku dializ
- Obsługa serwisowa – nadzór nad aparaturą diagnostyczną – terapeutyczną przez uprawniony personel techniczny posiadający poświadczone przez producenta lub przedstawiciela producenta odbycie szkolenia w zakresie obsługi aparatów sztucznej nerki
- W czasie wykonywania hemodializ w ośrodku musi być obecny lekarz
- Dializy w ośrodku mogą prowadzić wyłącznie lekarze i pielęgniarki
- Każdy zatrudniony, o ile nie ma przeciwwskazań powinien zostać szczepiony przeciw wzw typu B

3. Warunki lokalowe umożliwiające realizację procedury

- Pomieszczenia ze stanowiskami zgodne z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 roku z późniejszymi zmianami w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej / Dz. U. Nr 74 poz. 366 /

4. Wymagane wyposażenie w aparaturę medyczną

- Aparaty do dializ - atest Min. Zdrowia (MZ). kontrola wolumetryczna ultrafiltracji, płyn wodorowęglanowy, serwisowane wyłącznie przez autoryzowany personel (firmę).
 1. Dializatory i linie – muszą posiadać atest MZ
 2. Igły i cewniki - muszą posiadać atest MZ
 3. Koncentraty płynów dializacyjnych oraz substraty do ich produkcji “on-line”, świadectwo rejestracji leku wydane przez MZ .
 4. Substancje do produkcji płynów dializacyjnych - świadectwo dopuszczenia do obrotu wydane przez MZ
- Reutilizacja dializatorów
 1. Dopuszczalna wyłącznie automatyczna
 2. Pomiar pojemności dializatora po regeneracji (automatyczny lub manualny, min. 80% pojemności nowego dializatora warunkiem dopuszczenia do ponownego użycia; obligatoryjny rejestr regeneracji ze wskazaniem % objętości należnej dla dializatora i przyczyny niewykorzystania)
- Woda do dializ:
 1. Niedopuszczalne jest używanie do dializ wody innej niż dejonizowanej (tzn. takiej, która została poddana procesowi odwróconej osmozy)
 2. Jakość wody wodociągowej, uzdatnionej oraz dejonizowanej powinna być sprawdzana regularnie.
 3. Płyn dializacyjny - może być używany wyłącznie wodorowęglanowy.
 4. Błony dializacyjne - nie ma konieczności stosowania błon syntetycznych, jednak należy unikać wieloletniego leczenia przy użyciu błon kuprofanowych

5. Zakres badań diagnostycznych zleczanych dla ustalenia rozpoznania i / lub monitorowania przebiegu leczenia

- wywiad, badanie przedmiotowe przed, w trakcie i po hemodializie
- morfologia krwi, pełna
- biochemia krwi /elektrolity – sód, potas, wapń, fosforany; glukoza, mocznik, kreatynina, proteinogram,
- transaminazy, fosfataza zasadowa, lipidogram, równowaga kwasowo – zasadowa krwi, układ krzepnięcia, żelazo i inne w zależności od potrzeb/
- badania bakteriologiczne /posiewy krwi/
- badania wirusologiczne / HbsAg, anty-HCV, anty-HIV/
- badanie elektrokardiograficzne
- badania obrazowe /RTG, USG/

6. Wydajność dializy należy mierzyć co miesiąc jedną z dwu poniższych metod:

- URR>65%
- $Kt/V > 1.2$ (Daugirdas, 1993) ,
$$Kt/V = \ln(C_t/C_0 - 0,0081) + (4-3,5 \cdot C_1/C_0) \cdot UfV/Wt$$

Gdzie

C_t – stężenie mocznika po dializie

C_0 - stężenie mocznika przed dializą

UfV - objętość ultrafiltratu (c.c. przed - c.c po dializie)

Wt - c. ciała po dializie

Jeśli parametry te są zbyt niskie należy zwiększyć powierzchnię używanego dializatora, zwiększyć przepływ krwi i/lub płynu dializacyjnego, wydłużyć czas dializy.

7. Jednostką kalkulacyjną jest punkt

Terapia hiperbaryczna

1. Opis i zakres przedmiotu konkursu

Przedmiotem konkursu jest procedura medyczna w skład, której wchodzi:

- Kwalifikacja wstępna i ocena liczby ekspozycji u danego chorego
- Zalecana liczba ekspozycji
- Wykonanie badań dodatkowych (poziom glukozy w surowicy krwi, poziomu karboksyhemoglobiny we krwi przed wejściem do komory i po wyjściu z komory, pomiar stężenia CO w powietrzu wydechowym, ewentualnie innych badań dodatkowych w zależności od wskazań, przed wejściem do komory)
- Pomiar przezskórnej prężności tlenu w trakcie przebywania w komorze
- Monitorowanie video każdej ekspozycji z możliwością rejestracji
- Możliwość monitorowania w trakcie przebywania w komorze
- Możliwość sztucznej wentylacji płuc w trakcie przebywania w komorze
- Leczenie podwyższonym ciśnieniem z użyciem tlenu i sztucznych mieszanin oddechowych w komorze hiperbarycznej w ciśnieniu wyższym od 1,4 ata.
- Kontynuacja leczenia w sali intensywnego nadzoru w uzasadnionych przypadkach (możliwość monitorowania i prowadzenia oddechu wspomaganego respiratorem, własna sala intensywnego nadzoru lub umowa)
- Prowadzenie dokumentacji medycznej oraz dokumentacji technicznej-warunków ekspozycji.
- Możliwość transportu chorego do innej jednostki lub do domu (dotyczy wyłącznie chorych hospitalizowanych w Ośrodku Hiperbarycznym)

2. Personel realizujący świadczenie i jego kwalifikacje

1. Kierownik Ośrodka Hiperbarycznego posiadający specjalizację II stopnia w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii / specjalista II stopnia medycyny ratunkowej oraz kwalifikacje „Medycyny Nurkowej i Hiperbarycznej” oparte o zalecenia Europejskiej Komisji Medycyny Hiperbarycznej (ECHM)
2. Lekarz posiadający specjalizację z anestezjologii i intensywnej terapii lub będący w trakcie jej wykonywania lub lekarz medycyny ratunkowej posiadający kwalifikacje Medycyny Nurkowej oraz ukończony kurs C Medycyny Hiperbarycznej zgodnie z regulacjami ECHM.

3. Pielęgniarka posiadająca specjalizację pielęgniarki dyplomowanej oraz specjalizację z anestezjologii i intensywnej terapii lub co najmniej dwuletni staż pracy w anestezjologii/intensywnej terapii oraz minimum 160 godzin szkolenia w zakresie Medycyny Nurkowej i Hiperbarycznej oraz ukończony kurs A Medycyny Nurkowej (40 godzin) i ukończony kurs C Medycyny Hiperbarycznej (40 godzin) zgodnie z regulacjami ECHM oraz odbyte dwutygodniowe szkolenie (80 godzin) w ośrodku hiperbarycznym pracującym zgodnie ze standardami ECHM

3. Warunki techniczno - lokalowe umożliwiające realizację procedury

Ośrodek Hiperbaryczny może stanowić oddział szpitalny lub działać jako samodzielna jednostka.

Ośrodki, które leczą pacjentów szpitalnych lub pacjentów ze wskazań nagłych powinny mieć możliwość kontynuacji leczenia w warunkach sali intensywnego nadzoru lub w Oddziale Intensywnej Terapii.

- Dostęp do sali zabiegowej.
- Dostęp do pracowni rtg.
- Dostęp do laboratorium analitycznego i bakteriologicznego.

Ośrodek Terapii Hiperbarycznej powinien posiadać aktualny certyfikat jakości zgodny z ECHM.

4. Wyposażenie ośrodka

Komora hiperbaryczna typu "multiplace" z możliwością stosowania tlenu przez wbudowane układy oddychania (maska, hełm tlenowy, respirator) z ewakuacją gazów oddechowych na zewnątrz. Przy stosowaniu ciśnień wyższych od 2,8 ata konieczność stosowania sztucznych mieszanin oddechowych.

5. Zakres schorzeń leczonych terapią hiperbaryczną

Wskazania ostre

Lp	Wskazanie	Kod ICD 10	Maksymalna liczba ekspozycji
1	Choroba dekompresyjna	T 70.3,	Tabela lecznicza + 10
2	Zatory gazowe	T 79.0,T 80.0,O88.0	Tabela lecznicza + 10
3	Zatrucie tlenkiem węgla,	T 58,D74	5

	methemoglobinemia		
4	Zgorzel gazowa (klostridialna i nie klostridialna), Zespół Fournier	A 48.0, A 48.8	30
5	Martwicze zakażenie tkanek miękkich (beztlenowe i mieszane)	T 79.3 L88,M72.5,T87.5,L08.8,T87.4, T79.3	30
6	Ostre niedokrwienie tkanek miękkich, uraz mięśniowo-szkieletowy, uraz wielonarządowy - zespoły kompartmentalne i następstwa urazów zmiążdżeniowych	T 79.6, T04, T 92.6, T93.6	15
7	Oparzenia termiczne (II stopień > 10% u dzieci i III stopień > 20% u dorosłych)	T 31	30
8	Nagła głuchota, głuchota po urazie akustycznym	H 91.2, H 83.3	15

Wskazania przewlekłe

Lp	Wskazanie	Kod ICD 10	Maksymalna liczba ekspozycji
1	Popromienne uszkodzenie tkanek i narządów	L 58, L59, N 30.4, K 62.7	60
2	Trudno gojące się rany: Zespół stopy cukrzycowej, zakażenie, martwica kikuta po amputacji, zapalenie skóry i tkanki	E11.5,E10.5,E11.6,E10.6 T87.4, T87.5 L08.0, L08.8	30

	podskórnej, rozlane, złośliwe zapalenie ucha zewnątrznego owrzodzenia oleżynowe owrzodzenia troficzne kk. dolnych w przebiegu niewydolności żylniej	H60.1,H60.2 L89 I83.2	
3	Zapalenie, martwica kości	M 86,M87, M91,M92	60
4	Przeszczepy skóry zagrożone martwicą. Rekonstrukcja tkanek zagrożona martwicą	Z94.5, T87	20
5	Zakażenie rany pourazowej	T 79.3	30
6	Zapalenie mostka, śródpiersia pooperacyjne, niestabilność mostka	M86,M96.8, M86.4	20
7	Ropnie wewnątrzczaszkowe	G06	20
8	Promienica	A42	20

6. Przeciwwskazania do terapii hiperbarycznej

Bezwzględne:

- Leczenie przy użyciu Adriamycyny, Disulfiramu, Cis-platyny, Sulfamylonu
- Nieodbarczona odma opłucnowa

Względne:

- Zakażenia górnych dróg oddechowych
- Cięża
- Padaczka
- Rozedma płuc
- Stany gorączkowe
- Przebyte operacje ucha i klatki piersiowej
- Rozsiana choroba nowotworowa

7. Jednostką rozliczeniową jest punkt

Leczenie radioizotopowe

I. Leczenie radioizotopowe z zastosowaniem 131-I

- Leczenie dotyczy schorzeń tarczycy (choroby Graves-Basedowa, wola guzowatego, guzów autonomicznych). Polega ono na podaniu dawki 131-I nie większej niż 30 mCi w warunkach ambulatoryjnych.
- Etapy leczenia

1. Porada kwalifikacyjna

Obejmuje ona badanie przedmiotowe pacjenta i wykonanie następujących badań:

- TSH
- FT 3 lub FT 4
- Przeciwciała p.tarczycowe – w wybranych przypadkach
- USG z oceną objętości tarczycy / guza
- Scyntygrafia tarczycy z oceną jodochwytności (ewentualnie gromadzenia 99 mTc – uzasadnionych przypadkach)

2. Podanie radioizotopu z instrukcją dla pacjenta

3. Porada kontrolna (średnio 4 porady w ciągu roku)

Obejmuje ona badanie przedmiotowe pacjenta i wykonanie następujących badań:

- TSH
- FT 3 lub FT 4
- Przeciwciała p.tarczycowe – w wybranych przypadkach
- USG (minimum 1 badanie w ciągu roku)

Badania te są niezbędne w celu monitorowania leczenia i ewentualnej kwalifikacji do kolejnej dawki radioizotopu - w przypadku braku normalizacji stanu klinicznego, lub ewentualnie w celu zastosowania hormonów tarczycy - w przypadku niedoczynności tarczycy. Po tym okresie (1 rok od podania dawki leczniczej, wg zaleceń Europejskiego Stowarzyszenia Medycyny Nuklearnej) chory może być dalej kontrolowany przez endokryologa lub lekarza prowadzącego (rodzinnego). Zaleca się jednak dalsze monitorowanie chorego w Zakładzie Medycyny Nuklearnej. Monitorowanie to polega na badaniu lekarskim i oznaczeniu co najmniej 1 raz w roku poziomu TSH. Związane jest to z możliwością wystąpienia tzw późnej niedoczynności tarczycy. Późna niedoczynność tarczycy występuje np. w chorobie Graves-Basedowa u 50% chorych w ciągu 10 lat po leczeniu radioizotopowym.

Wykrycie jej w okresie prodromalnym jest bardzo istotne - pozwala na eliminację szeregu schorzeń związanych między innymi z hypercholesterolemią.

II. Leczenie radioizotopowe z zastosowaniem strontu lub samaru

- Wskazaniem do podania radioizotopu są objawy bólowe związane z rozwojem zmian przerzutowych do układu kostnego. Podanie radioizotopu przeprowadza się w większości przypadków ambulatoryjnie. Radioizotop ten gromadzi się w zmianach przerzutowych i w wyniku działania promieniowania beta ogranicza dolegliwości bólowe poprawiając standard życia chorego, ograniczając konieczność podawania leków przeciwbólowych.
- W leczeniu stosowane są obecnie dwa typy radioizotopów: stront i samar. Leczenie strontem jest stosowane częściej, jednak w przypadkach rozsiaanych licznych zmian przerzutowych wskazane jest podanie samaru ze względu na mniejszą toksyczność w odniesieniu do szpiku kostnego.
- Etapy leczenia

1. Porada kwalifikacyjna

Obejmuje ona badanie przedmiotowe pacjenta i wykonanie następujących badań:

- Scyntygrafia kości
- Pełna morfologia
- Rtg kości (wybranych przypadkach)
- Badanie MRI (w wybranych przypadkach)

2. Podanie radioizotopu z instrukcją dla pacjenta

3. Porada kontrolna (średnio 3 porady w ciągu 6 miesięcy)

- Pełna morfologia
- Stężenie PSA (w wybranych przypadkach)
- Rtg kości (wybranych przypadkach)
- Badanie MRI (w wybranych przypadkach)

Celem badań jest kontrola czynności szpiku kostnego, określenie rozwoju choroby, naciekanie nowotworowe struktur kanału kręgowego jako przyczyny dolegliwości bólowych. Ocenia się, że chory będzie badany w zakładzie medycyny nuklearnej 3-krotnie w ciągu 6 miesięcy po podaniu radioizotopu.

III. Synowektomie radioizotopowe

Celem leczenia jest ograniczenie procesu zapalnego błony maziowej stawu w przebiegu hemofilii, reumatycznego zapalenia stawów.

Leczenie polega na podaniu odpowiedniego radioizotopu.

IV. Terapia schorzeń wymagających podania dawek powyżej 30mCi.

Obejmuje ona następujące typy świadczeń:

- Porada kwalifikacyjna
- Porada kontrolna
- Leczenie ablacyjne u chorych po operacji raka tarczycy
- Leczenie zmian przerzutowych raka tarczycy
- Leczenie z zastosowaniem ¹³¹J-meta-jodo-benzyl-guanidyny

1. Porada kwalifikacyjna

Obejmuje badanie przedmiotowe i następujące badania:

- Scyntygrafia całego ciała
- TSH, FT3 , FT4 , tyreoglobulina
- Morfologia pełna
- Podstawowe badania biochemiczne
- USG szyi
- Rtg klatki piersiowej
- Inne badania rtg (w zależności od potrzeb)

2. Porada kontrolna

Obejmuje badanie przedmiotowe i następujące badania:

- Scyntygrafia całego ciała - scyntygra(w zależności od potrzeb)
- TSH, FT3 , FT4 , tyreoglobulina
- Morfologia pełna
- Podstawowe badania biochemiczne
- USG szyi (w zależności od potrzeb)
- Rtg klatki piersiowej (w zależności od potrzeb)
- Inne badania rtg (w zależności od potrzeb)

3. Leczenie ablacyjne u chorych po operacji raka tarczycy

Celem leczenia jest abłacja pozostałej po operacji tkanki tarczycowej . Konieczne jest wykonanie scyntygrafii postterapeutycznej.

Leczenie jest prowadzone tylko w Oddziale Medycyny Nuklearnej.

4. Leczenie zmian przerzutowych raka tarczycy

Celem leczenia jest zniszczenie zmian przerzutowych raka tarczycy wykazujących jodochwytność. . Konieczne jest wykonanie scyntygrafii postterapeutycznej.

Leczenie jest prowadzone tylko w Oddziale Medycyny Nuklearnej

5. Leczenie z zastosowaniem ^{131}J -meta-jodo-benzyl-guanidyny

Leczenie wskazane jest u chorych z guzem chromochłonnym (jeśli chory nie może być leczony operacyjnie ,chemio lub radioterapią), neuroblastom.

Leczenie jest prowadzone tylko w Oddziale Medycyny Nuklearnej

V. Badania scyntygraficzne

1. Badanie z zastosowaniem pochodnych somatostatyny

Wykonuje się przy diagnostyce guzów typu APUD- oma

2. Badanie nadnerczy

Wykonuje się przy diagnostyce guzów rdzenia i kory nadnerczy

3. Scyntygrafia wentylacyjna płuc

Wykonuje się w diagnostyce zatorowości płuc, jako badanie uzupełniające w przypadku niediagnostycznej scyntyigrafii perfuzyjnej płuc.

4. Scyntygrafia z zastosowaniem cytrynianu galu

Wykonuje się w diagnostyce procesów nowotworowych i stanów zapalnych po wyczerpaniu innych metod diagnostycznych.

5. Scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów

Wykonuje się w diagnostyce procesów zapalnych po wyczerpaniu innych metod diagnostycznych.

Żywienie pozajelitowe w warunkach domowych

realizowane przez poradnię gastroenterologiczną¹

1. DEFINICJA

Program realizowany jest w środowisku domowym pacjenta, wraz z okresowymi wizytami kontrolnymi w poradni, przez ZESPÓŁ zorganizowany na bazie Poradni Gastroenterologicznej koordynowany przez lekarza specjalistę .

2. ZAŁOŻENIA OGÓLNE

Program dotyczy kompleksowej opieki nad chorym (dorosły, dziecko) zakwalifikowanym i przygotowanym do prowadzenia długotrwałego żywienia pozajelitowego w warunkach domowych, stanowiącego bezpośrednią kontynuację leczenia szpitalnego. Celem stosowania tej formy terapii jest utrzymanie przy życiu pacjenta, u którego stwierdza się przewlekłe upośledzenie lub brak wchłaniania jelitowego, uniemożliwiające w sposób wystarczający dla życia odżywianie przez przewód pokarmowy. Warunkiem włączenia do programu jest takie przygotowanie chorego (dorosły, dziecko) i jego otoczenia, aby stosowana forma terapii była bezpieczna.

Stosowane w tekście pojęcia precyzuje załącznik 1.

Opieką w ramach programu objęci są pacjenci:

- po wykonaniu zabiegu rozległej resekcji jelit z różnej przyczyny,
- z zespołem rzekomej niedrożności przewodu pokarmowego,
- z przewlekłymi biegunkami,

3. KRYTERIA KWALIFIKACJI DO PROGRAMU

Przed włączeniem pacjenta do programu w każdym przypadku konieczne jest:

- wykluczenie możliwości wystarczającego do życia odżywiania drogą przewodu pokarmowego,
- oszacowanie możliwych korzyści i zagrożeń związanych z prowadzeniem żywienia pozajelitowego w domu i przedstawienie ich choremu i / lub jego rodzinie (opiekunom),

¹ Program może być również realizowany w innej komórce organizacyjnej, zależnie od wewnętrznej organizacji danej placówki np. w Poradni Chirurgicznej lub Poradni dla chorych żywionych pozajelitowo w domu,

- wypełnienie protokołu kwalifikacji pacjenta do żywienia pozajelitowego,
- wypełnienie przez pacjenta / opiekunów protokołu świadomej zgody,
- przygotowanie chorego do żywienia pozajelitowego w domu, w tym:
 - ✓ dobranie odpowiedniego programu żywienia pozajelitowego w domu,
 - ✓ przeszkolenie chorego lub opiekuna / rodziców w zakresie zasad żywienia pozajelitowego w domu,
 - ✓ wytworzenie permanentnego dostępu żylnego,
 - ✓ ustalenie lub zmodyfikowanie leczenia choroby podstawowej i chorób towarzyszących odpowiednio do zaburzeń wchłaniania i programu żywienia pozajelitowego,

4. ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

- Żywienie pozajelitowe w warunkach domowych,
- Program badań kontrolnych, w tym:
 - ✓ monitorowanie żywienia pozajelitowego i odpowiednie zmiany w jego programie,
 - ✓ konsultacje specjalistyczne w zakresie interakcji żywienia pozajelitowego z leczeniem innych chorób lub chorobami towarzyszącymi,
 - ✓ postępowanie zapobiegawcze i diagnostyczno – terapeutyczne obejmujące możliwe następstwa narządowe prowadzonego leczenia i choroby podstawowej,
- Dostarczanie leków i sprzętu do żywienia pozajelitowego bezpośrednio do domu chorego,
- Transport na badania kontrolne i z powrotem w przypadku zaistnienia wskazań do transportu,
- Zapewnienie ciągłego kontaktu z zespołem leczącym,
- Zapewnienie natychmiastowej hospitalizacji² (wraz z kosztami transportu, w przypadku wskazań do transportu) i leczenia w przypadku:
 - ✓ podejrzenia wystąpienia powikłań żywienia pozajelitowego,
 - ✓ innej choroby wymagającej doraźnej hospitalizacji uniemożliwiającej prowadzenie żywienia pozajelitowego w warunkach domowych,
- Zapewnienie hospitalizacji³ ze wskazań planowych i kontynuowanie żywienia pozajelitowego w warunkach szpitalnych w okresie tej hospitalizacji,

² Finansowanie poza programem, w ramach odrębnie kontraktowanych hospitalizacji,

- Wizyty domowe pielęgniarki / lekarza u pacjentów pozostających pod opieką zespołu żywieniowego i posiadających indywidualne wskazania do takiej, dodatkowej formy opieki (częstość ustalana indywidualnie z koordynatorem programu),

5. ZASADY FINANSOWANIA

- Jednostką rozliczeniową programu jest **osobodzień** opieki nad pacjentem.
- Finansowaniem w ramach programu **objęte są**:
 - ✓ koszt sprzętu i leków, w tym także permanentnego cewnika lub portu wykorzystywanych do żywienia pozajelitowego w domu,
 - ✓ koszt leków / płynów z dostawą do domu chorego,
 - ✓ koszt materiałów zużywalnych z dostawą do domu chorego,
 - ✓ kontrolne badania laboratoryjne (podstawowe i specjalistyczne) niezbędne do ambulatoryjnego monitorowania prowadzonej terapii,
 - ✓ kontrole ambulatoryjne - monitorowanie i ewentualna zmiana programów leczenia oraz prowadzenie dokumentacji stosowanej terapii,
 - ✓ koszt administracyjny związany z realizacją programu,
 - ✓ koszt kontroli i naprawy lub leczenia cewnika in situ,
 - ✓ koszt transportu, na badania specjalistyczne i w przypadku wystąpienia powikłań, chorych mających wskazania do transportu,
 - ✓ koszt pracy pielęgniarek opiekujących się chorymi samotnymi,
 - ✓ dodatkowe koszty wynikające z zapewnienia i sprawowania, oprócz obowiązków wynikających z codziennych dyżurów zakładowych, całodobowego "dyżuru pod telefonem" przez personel placówki realizującej program,
 - ✓ koszty związane z ewentualnymi wizytami domowymi pielęgniarki / lekarza u pacjentów objętych opieką, a wymagających takiej opieki,
- Finansowaniem w ramach programu **nie są objęte**:
 - ✓ zakwalifikowanie chorego do leczenia żywieniowego w domu,
 - ✓ dobór programu żywienia pozajelitowego,
 - ✓ przeszkolenie chorego lub opiekuna,
 - ✓ przeszkolenie chorego lub opiekuna / rodziców w zakresie zasad żywienia pozajelitowego w domu,

³ Finansowanie poza programem, w ramach odrębnie kontraktowanych hospitalizacji,

- ✓ koszt hospitalizacji poprzedzającej włączenie pacjenta do programu domowego żywienia pozajelitowego,
- ✓ koszt hospitalizacji chorego w celu leczenia powikłań lub podejrzenia wystąpienia powikłań domowego żywienia pozajelitowego,
- ✓ koszt hospitalizacji chorego, u którego stosowane jest domowe żywienie pozajelitowe, w celu leczenia innych chorób z uwagi na konieczność kontynuowania żywienia pozajelitowego,
- ✓ koszt niezbędnych zabiegów wykonywanych w ramach procedur jednodniowych,
- ✓ dodatkowe koszty związane ze sprawowaniem opieki nad pacjentami objętymi opieką programu, wykraczające poza zakres obowiązków wynikających z umowy o pracę i z codziennych dyżurów zakładowych,

Pacjent objęty programem, który wymaga podawania mieszaniny odżywczej przez pompę⁴, powinien otrzymać na cały okres prowadzenia takiej formy terapii pompę infuzyjną (objętościową)⁵ wraz z pełnym niezbędnym serwisem, materiałami zużywalnymi. Placówka realizująca program powinna posiadać rezerwową pompę na wymianę, w przypadku wystąpienia awarii pompy znajdującej się u pacjenta.

6. WARUNKI TECHNICZNO-LOKALOWE REALIZACJI PROGRAMU, STOSOWANE PROTOKOŁY I STANDARDY

- Posiadanie odpowiedniego zaplecza diagnostycznego:
 - ✓ możliwość pełnej, całodobowej diagnostyki biochemicznej, w zakresie umożliwiającym wykonywanie badań wymienionych w załączniku 2 (pkt. 8 – badania biochemiczne wykonywane standardowo + gazometria tętnicza)
 - ✓ możliwość wszczepienia permanentnego cewnika do żywienia pozajelitowego w warunkach sali operacyjnej pod monitorem RTG,
 - ✓ możliwość całodobowego wykonywania szybkich posiewów krwi (systemem np. BactAlert, Vaytec) w bakterii i grzybów,
 - ✓ możliwość wykonywania badań ECHO serca,

⁴ dzieci do wieku 5 – 7 lat oraz pacjenci u których istnieją wskazania do podania płynów w sposób kontrolowany,

⁵ pompy z programowaną, zmienną szybkością wlewu = linijny wzrost – stałe tempo przez 12 - 16 godzin – linijne zwolnienie do zatrzymania

- ✓ możliwość całodobowego wykonania CT spiralnego klatki piersiowej z uwidocznieniem żył centralnych,
- ✓ możliwość badania drożności układu żylnego metodą Dopplera,
- ✓ możliwość wykonywania badań densytometrycznych kości,
- ✓ możliwość badania składu ciała metodą obiektywną np. bioimpedancji (BIA),
- Zapewnienie całodobowej infolinii dla pacjentów,
- Posiadanie wyspecjalizowanego oddziału stacjonarnego o odpowiednim profilu oraz zapleczu diagnostycznym i zabiegowym zgodnym ze standardem Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego w zakresie domowego żywienia pozajelitowego i dojelitowego (załącznik 2),
- Realizowanie protokołów postępowania zgodnych ze standardem Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego w zakresie domowego żywienia pozajelitowego i dojelitowego (załącznik 2),
- Realizowanie opieki ambulatoryjnej nad pacjentami objętymi opieką Programu zgodnie ze standardem Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego w zakresie domowego żywienia pozajelitowego i dojelitowego (załącznik 2),
- Posiadanie programu szkolenia chorych lub opiekunów odpowiedniego do stosowanego żywienia pozajelitowego w domu,
- Posiadanie dokumentacji służącej do obsługi programu (odpowiednie protokoły, kryteria włączenia, wyłączenia, etc.)

7. KWALIFIKACJE ZESPOŁU UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

- **Specjalista gastroenterolog – koordynator programu**
- **Pozostały personel lekarski**
 - ✓ wymagania ogólne:
 - udokumentowane doświadczenie w zakresie żywienia pozajelitowego / dojelitowego,
 - udokumentowane doświadczenie w zakresie żywienia pozajelitowego / dojelitowego w domu i leczenia zaburzeń wchłaniania,
 - kursy krajowe w zakresie przedmiotu działania (żywienia pozajelitowego w domu),

- ✓ wymagania szczegółowe (specjalizacje kierunkowe oraz liczba lekarzy realizujących program zależne od organizacji pracy ośrodka oraz populacji pacjentów objętych opieką – dorośli / dzieci):
 - **lekarz specjalista chirurgii ogólnej / chirurgii dziecięcej/**,
 - **lekarz specjalista chorób wewnętrznych / pediatrii/** – pożądana specjalizacja w zakresie gastroenterologii ,
- **personel pielęgniarski**
 - ✓ wymagania ogólne:
 - posiadanie doświadczenia w zakresie żywienia pozajelitowego / dojelitowego w domu i leczenia zaburzeń wchłaniania,
 - posiadanie doświadczenia w zakresie rehabilitacji żywieniowej – pożądaną,
 - kursy krajowe w zakresie przedmiotu działania (żywienia pozajelitowego w domu),

Wymagane udokumentowane doświadczenie zespołu żywienia pozajelitowego w zakresie długotrwałego żywienia pozajelitowego w domu, lub certyfikaty odbytego, przez zespół żywienia pozajelitowego, szkolenia w zakresie wskazań, zasad i specyficznych problemów długotrwałego żywienia pozajelitowego w domu, zasad zapobiegania, rozpoznawania i leczenia powikłań żywienia pozajelitowego w domu⁶ oraz zapewnienie stałej współpracy z ośrodkiem doświadczonym w tym zakresie. Kwalifikacje zespołu muszą zapewniać natychmiastowe podjęcie właściwego postępowania diagnostycznego i leczenia w przypadku podejrzenia wystąpienia powikłań.

8. WARUNKI WSTĘPNE

- skierowanie od lekarza zgodnie z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym,
z kodem jednostki chorobowej – **kontynuacja leczenia rozpoczętego w warunkach szpitalnych (niezależnie od placówki kierującej)**,
- aktualne badania biochemiczne i radiologiczne w zakresie możliwym do wykonania przez jednostkę kierującą (POZ, Poradnia specjalistyczna),

⁶ szkolenia takie prowadzą między innymi: Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Żywienia AM w Warszawie (pacjenci dorośli) i Klinika Gastroenterologii Hepatologii i Żywienia IPCZD w Warszawie (dzieci)

- spełnienie kryteriów kwalifikacyjnych wymienionych w punkcie 2,
- dokument uprawniający do leczenia,
- karta informacyjna leczenia szpitalnego,
- wyniki badań dodatkowych i radiologicznych będących w posiadaniu pacjenta / rodziców dziecka,
- w przypadku dzieci - Książeczka Zdrowia Dziecka z informacją o szczepieniach.

9. WYKAZ JEDNOSTEK CHOROBYCH⁷

Wg ICD 10 zgodnych z profilem programu.

10. WYKAZ PROCEDUR I BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH

Procedury medyczne

Wg ICD 9 zgodnych z profilem programu:

- **pełny zakres procedur niezbędnych do ambulatoryjnego prowadzenia terapii,**
- **prowadzenie żywienia pozajelitowego w domu.**

Wizyta kontrolna

Częstotliwość zależnie od potrzeb w zakresie od 3 tygodnie do 3 - 6 miesięcy , przeciętnie co 2 miesiące

Wizyta kontrolna	Procedury interwencyjne (w razie potrzeby)
Wywiad w zakresie leczenia i problemów obserwowanych w okresie od ostatniej wizyty kontrolnej (wg listy)	Udrożnienie cewnika/portu in situ
Badanie stanu odżywienia kliniczne i met. bioimpedancji	Naprawa cewnika in situ
Badania biochemiczne standardowe	Usunięcie cewnika /portu
Kontrola cewnika (wg listy)	Leczenie zakażenia cewnika in situ
Sprawdzenie programu żywienia pozajelitowego	Infuzja dożylna płynu elektrolitowego*

⁷ wykaz wspólny, zbiorczy nie uwzględniający różnic wynikających ze specyfiki wieku pacjentów objętych opieką (dorośli / dzieci),

Wizyta kontrolna	Procedury interwencyjne (w razie potrzeby)
Sprawdzenie stanu zapasów (wg listy)	Zalecenia dot. dalszego leczenia z modyfikacją programu żywienia pozajelitowego (wydruk)
Uaktualnienie zapotrzebowań dla firmy dystrybucyjnej	
Ustalenie terminu następnej wizyty	
Korekta planu leczenia	
Zalecenia dot. dalszego leczenia.	

* Jeżeli jest to możliwe z uwagi na stan chorego

Badania diagnostyczne

- **pełen zakres niezbędny do ambulatoryjnego monitorowania terapii,**
- **zakres niezbędny do ambulatoryjnego monitorowania terapii**

Badania wykonywane podczas wizyt kontrolnych (wykonywanie zgodnie z załącznikiem 2)

Badania biochemiczne standardowe – morfologia krwi z rozmazem i retikulocytami, CRP, białko, albuminy, glukoza, mocznik, kreatynina, kwas moczowy, bilirubina, AspAT, AIAT, LDH, GGTP, AP, sód, potas, wapń, magnez, chlorki, fosforany, trójglicerydy, cholesterol, koagulogram , gazometria krwi żyłnej.

Badania diagnostyczne wykonywane w uzasadnionych przypadkach⁸

- Badania biochemiczne specjalne – transferyna, fibronektyna, prealbumina, apo-lipoproteiny, lipidogram z frakcjami , LpX, amylaza, lipaza, gazometria krwi tętniczej,
- Elektrolity w dobowej zbiórce moczu,
- Test wchłaniania jelitowego,
- Badania endoskopowe – pełny zakres z badaniem histologicznym materiału,
- Densytometria,
- Badanie EKG,
- Badanie ECHO serca,
- Badanie kontrastowe przewodu pokarmowego – pełny zakres,
- Badanie RTG klatki piersiowej,
- Badanie USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej,

- Badanie USG/ Doppler układu żylnego,
- Badanie CT spiralne klatki piersiowej,
- NMR,
- Badanie układu krzepnięcia – pełny zakres (wszystkie czynniki i inhibitory),
- Badanie mikrobiologiczne (bakteriologiczne i mykologiczne) z wykorzystaniem szybkich testów (BactAlert, Vaytec) krwi, moczu, płynu m-r i treści z przewodu pokarmowego,
- Badanie HBs, HCV,
- Badania biochemiczne stężeń witamin w surowicy i pierwiastków śladowych (Fe, Cu),
- Inne niezbędne dla monitorowania terapii badania,

ZAŁĄCZNIK 1

Stosowane w tekście definicje i określenia dotyczące żywienia pozajelitowego

1. **Leczenie żywieniowe w domu** - długotrwałe (trwające miesiące lub lata), odpowiednie do indywidualnego zapotrzebowania, podawanie chorym nie mogącym w sposób wystarczający odżywiać się drogą przewodu pokarmowego, substancji odżywczych i innych niezbędnych preparatów pomocniczych dożylnie w celu utrzymania lub poprawy stanu odżywienia, wykonywane w domu chorego.
2. **Chory leczony żywieniem pozajelitowym lub dojelitowym w domu** - osoba nie wymagająca dalszej hospitalizacji, w stanie zdrowia umożliwiającym bezpieczne leczenie w warunkach domowych bez konieczności stałej kontroli metabolicznej i całodobowej obserwacji, natomiast z powodu braku możliwości podaży substancji odżywczych drogą naturalną w ilości wystarczającej do utrzymania przy życiu wymagająca całkowitego lub suplementarnego długotrwałego (ponad 2 miesiące) podawania substancji odżywczych dożylnie.
3. **Opiekun** – osoba sprawująca opiekę i prowadząca lub pomagająca w prowadzeniu leczenia żywieniowego w domu zakresie odpowiednim do potrzeb chorego, który z powodu złego stanu zdrowia lub braku możliwości edukacyjnych nie może sam prowadzić leczenia, najczęściej członek rodziny, a w przypadku chorych samotnych inna osoba, np. przeszkolona pielęgniarka środowiskowa, agencja pielęgniarska, organizacja charytatywna.

⁸ w ramach programu finansowanie wyłącznie niezbędnych badań wykonywanych ambulatoryjnie

4. **Lekarz koordynator** – lekarz opracowujący plan leczenia chorego w domu i odpowiedzialny za jego prawidłową realizację, wyszkolony i doświadczony w zakresie zasad, metod i procedur leczenia żywieniowego w domu.
5. **Zespół leczenia żywieniowego** – zespół wykwalifikowanych pracowników w zakresie leczenia żywieniowego w domu, działający pod kierunkiem lekarza prowadzącego, wyspecjalizowany w jedno- lub wieloprofilowym wysokospecjalistycznym leczeniu w domu, działający jako wydzielona jednostka organizacyjna szpitala lub poradni lub samodzielny zakład opieki zdrowotnej.
6. **Program leczenia żywieniowego** – skład, sposób przygotowania do podania oraz sposób i szybkość podawania mieszanki odżywczej.
7. **Plan leczenia** – indywidualne zlecenia lekarskie, opracowane i podpisane przez lekarza prowadzącego leczenie żywieniowe w domu, obejmujące program leczenia żywieniowego, dawkowanie i zasady podawania innych leków, zasady opieki nad cewnikiem, terminy badań kontrolnych oraz zasady odżywiania drogą naturalną, jeżeli jest to możliwe.
8. **Plan opieki** - plan działania zespołu leczenia żywieniowego mający na celu realizację planu leczenia.
9. **Dostawca sprzętu i leków do leczenia żywieniowego w domu** – wyspecjalizowana firma, hurtownia farmaceutyczna lub szpital dostarczający niezbędne substancje odżywcze, środki uzupełniające oraz sprzęt bezpośrednio do domu chorego.
10. **Mieszanka odżywcza** – gotowa do podania mieszanka odżywcza o ściśle określonym składzie.
11. **Oddział szpitalny zabezpieczający leczenie żywieniowe w domu** – wysokospecjalistyczny oddział lecznictwa stacjonarnego, wyspecjalizowany w zakresie prowadzenia żywienia pozajelitowego i dojelitowego, zapewniający natychmiastową hospitalizację i odpowiednie leczenie chorego w przypadku podejrzenia wystąpienia powikłań leczenia żywieniowego w domu; powikłań choroby podstawowej lub innych chorób, uniemożliwiających dalsze prowadzenie żywienia w warunkach domowych.

ZAŁĄCZNIK 2

Standard Polskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego w zakresie domowego żywienia pozajelitowego i dojelitowego⁹

1. Zasady organizacyjne domowego żywienia pozajelitowego

- Lekarz prowadzący leczenie żywieniowe w domu jest odpowiedzialny za opracowanie indywidualnego programu i planu leczenia i opieki w ścisłej współpracy z członkami zespołu leczenia żywieniowego w domu. Lekarz i każdy z członków zespołu powinien posiadać odpowiednie wykształcenie, przeszkolenie i doświadczenie w zakresie żywienia pozajelitowego i dojelitowego w domu,
- Lekarz prowadzący i zespół leczenia żywieniowego w domu działają w oparciu o ściśle zdefiniowane i opisane zasady i procedury, wynikające z potrzeb chorego w okresie przygotowania i żywienia w domu, obejmujące zakres świadczonych usług leczniczych w tym:
 - ✓ rolę i zakres odpowiedzialności lekarza prowadzącego / zespołu żywienia w domu oraz sposoby całodobowego kontaktu z nimi,
 - ✓ zasady kwalifikacji chorych, obejmujące stan ogólny i stan zdrowia chorego, warunki socjalne i ekonomiczne, aspekty emocjonalne i psychiczne, zdolności edukacyjne chorego lub członków rodziny współodpowiedzialnych za jego dalsze leczenie,
 - ✓ zasady szkolenia chorego lub opiekuna,
 - ✓ zasady przechowywania sprzętu i leków w warunkach domowych,
 - ✓ zasady przygotowywania i podawania mieszanin odżywczych,
 - ✓ zasady postępowania i posługiwania się cewnikiem, portem lub zgłębnikiem,
 - ✓ zasady posługiwania się pompą infuzyjną,
 - ✓ zasady zapobiegania, rozpoznawania i postępowania w przypadku wystąpienia powikłań prowadzonego leczenia,
 - ✓ sposoby natychmiastowego porozumiewania się z lekarzem prowadzącym, zespołem leczenia żywieniowego i dostawcą sprzętu i leków,

⁹ Niniejszy program obejmuje wyłącznie finansowanie domowego żywienia pozajelitowego,

- ✓ metody okresowej (corocznej) oceny jakości leczenia, obejmujące subiektywną ocenę chorego oraz ocenę częstości występowania powikłań, rehospitalizacji i śmiertelności,
- ✓ zasady monitorowania (częstotliwość i zakres badań wykonywanych w czasie badań kontrolnych),
- ✓ zasady współpracy z lekarzem POZ¹⁰,
- ✓ zasady kierowania chorych na badania konsultacyjne u innych specjalistów oraz odpłatności za te badania¹¹,
- ✓ zasady kierowania chorych na inne badania specjalistyczne oraz odpłatności za te badania¹²,
- ✓ zasady odpłatności za leki, sprzęt, monitorowanie i prowadzenie leczenia żywieniowego w domu¹³,
- ✓ zasady dostarczania sprzętu i leków bezpośrednio do domu chorego,
- dokumentacja leczenia żywieniowego w domu powinna zawierać:
 - ✓ nazwisko, imię adres i telefon lekarza prowadzącego leczenie, posiadającego doświadczenie w zakresie leczenia żywieniowego w domu,
 - ✓ wszystkie rozpoznania lekarskie wraz z rokowaniem i określeniem krótko – i długoterminowego celu leczenia,
 - ✓ wyjściową ocenę stanu odżywienia i stanu zdrowia chorego oraz okresowe oceny stanu zdrowia i odżywienia, dokonywane zależnie od przebiegu leczenia,
 - ✓ przebieg i ocenę procesu szkolenia chorego lub opiekuna,
 - ✓ oświadczenie podpisane przez chorego i/lub opiekuna, potwierdzające odbycie szkolenia i zapoznanie się z możliwymi powikłaniami, zawierające zgodę na prowadzenie leczenia i zobowiązanie do przestrzegania zasad leczenia żywieniowego w domu,
 - ✓ plan i program leczenia wraz ze zleceniami lekarza prowadzącego leczenie (zlecenia żywieniowe, zlecenia lekarskie, zasady opieki nad cewnikiem lub zgłębnikiem),
 - ✓ plan opieki, w tym zakres ograniczeń aktywności chorego, wymagania dotyczące dostosowania warunków domowych do wymogów leczenia

¹⁰ lekarz POZ finansuje wyłącznie zakres świadczeń wynikających z bieżąco realizowanej opieki, badania kontrolne zlecane w ramach programu finansuje placówka realizująca program ,

¹¹ finansowanie w ramach zakontraktowanych porad w tych poradniach specjalistycznych ,

¹² finansuje placówka zlecająca,

- żywieniowego oraz nazwisko opiekuna i sposoby natychmiastowego porozumienia się z chorym lub opiekunem w razie potrzeby,
- ✓ wykaz aktualnie przyjmowanych leków z informacją o uczuleniach lub nadwrażliwościach na leki,
 - ✓ zapisy o postępie leczenia, wynikające z każdego kontaktu chorego z lekarzem leczącym lub zespołem leczenia żywieniowego (wizyta kontrolna, inna wizyta, rozmowa telefoniczna, rehospitalizacja); dane te powinny zawierać informacje o reakcji chorego na leczenie, wyniki badań kontrolnych, stwierdzone powikłania i zmiany w programie leczenia,
 - ✓ zapisy o kontaktach lekarza / zespołu leczącego z dostawcą sprzętu i leków,
 - ✓ epikryzę końcową leczenia żywieniowego z określeniem powodu zakończenia leczenia, obserwowanych w czasie leczenia powikłań i ostatecznym wyniku leczenia,
- Plan leczenia i opieki powinien być okresowo sprawdzany, oceniany i uaktualniany przez lekarza lub zespół leczenia żywieniowego pod względem skuteczności, dostosowania do indywidualnych potrzeb i bezpieczeństwa chorego. Wszystkie zmiany w programie leczenia powinny być udokumentowane, a leczony chory poinformowany o nich tak szybko jak to możliwe i wskazane.

2. Kwalifikacja do leczenia żywieniowego w domu

- Przed zakwalifikowaniem do leczenia żywieniowego w domu należy dokładnie ocenić wskazania i przeciwwskazania występujące u chorego:
 - ✓ żywienie dojelitowe jest wskazane u chorych którzy nie mogą w wystarczającym zakresie odżywiać się drogą doustną,
 - ✓ żywienie pozajelitowe jest wskazane u chorych, których nie można w wystarczającym zakresie odżywiać drogą przewodu pokarmowego,
 - ✓ warunki w domu chorego powinny być na tyle dobre, aby leczenie w domu było dla chorego bezpieczne i bardziej właściwe niż długotrwałe leczenie szpitalne,
 - ✓ plan leczenia powinien określić cel leczenia żywieniowego,

¹³ w zakresie związanym z realizacją programu finansowane w jego ramach

- ✓ chory lub opiekun chorego musi wyrazić zgodę i zostać przeszkolonym w zakresie odpowiedniej metody leczenia żywieniowego,
- ✓ chory lub opiekun chorego musi być poinformowany w zrozumiały dla niego sposób o oczekiwanych wynikach leczenia, korzyściach i ryzyku związanym z prowadzeniem leczenia żywieniowego, odpowiedzialności (w tym w uzasadnionych przypadkach także odpowiedzialności finansowej, np. za wypożyczony sprzęt), kosztach oraz alternatywnych metodach leczenia a następnie wyrazić zgodę na udział w programie leczenia,
- ✓ przed rozpoczęciem leczenia żywieniowego w domu należy określić potrzeby żywieniowe chorego uwzględniając stan odżywienia, współistniejące choroby, aktywność ruchową a u dzieci i młodzieży także zapotrzebowanie związane z rozwojem fizycznym; należy również określić przewidywany czas i metodę odżywiania a także bezpośrednio i odległe cele leczenia.

3. Plan i program leczenia

Przed rozpoczęciem leczenia żywieniowego w domu należy opracować plan leczenia, który w zależności od potrzeb musi być modyfikowany i uzupełniany na bieżąco. Plan i jego modyfikacje muszą znajdować się w uzupełnianej na bieżąco dokumentacji chorego.

- Plan leczenia powinien zawierać co najmniej:
 - ✓ cele leczenia żywieniowego,
 - ✓ postępowanie mające na celu przygotowanie chorego do żywienia w domu,
 - ✓ skład mieszaniny odżywczej podawanej dożylnie lub dojelitowo,
 - ✓ szybkość i częstotliwość podawania mieszaniny odżywczej,
 - ✓ metody przygotowywania i podawania mieszanin odżywczych,
 - ✓ zasady postępowania z urządzeniem zapewniającym dostęp do żyły lub do przewodu pokarmowego, sprzętem, preparatami odżywczymi i pomocniczymi,
 - ✓ plan wydawania zleceń lub recept na substancje odżywcze, leki, sprzęt i inne w razie potrzeby,
 - ✓ plan monitorowania biochemicznego i badań kontrolnych,

- ✓ zależnie od wskazań plan rozszerzania odżywiania drogą doustną lub zwiększania odżywiania drogą dojelitową,
- Doraźne cele leczenia obejmują zmniejszenie dolegliwości związanych ze stanem chorobowym, poprawę stanu odżywienia i zwiększenie podaży drogą przewodu pokarmowego lub doustnie.
- Odległe cele leczenia obejmują utrzymanie lub poprawę stanu odżywienia, stanu klinicznego i poziomu rehabilitacji, umożliwiające samodzielne funkcjonowanie w społeczności.
- Osiągnięcie założonych celów leczenia powinno być oceniane w określanych odstępach czasu. Wynik tej oceny powinien znajdować się w dokumentacji chorego.

4. Przygotowanie chorego do leczenia żywieniowego

- Przygotowanie chorego do leczenia żywieniowego w domu stanowi zwykle kontynuację leczenia żywieniowego w szpitalu i w takim przypadku musi się odbywać w warunkach szpitalnych. W wyjątkowych przypadkach całość lub część procedury przygotowania do leczenia żywieniowego w domu może odbywać się w trybie ambulatoryjnym. Przygotowanie powinno obejmować opracowanie planu leczenia, a w szczególności:
 - ✓ w przypadkach wątpliwych sprawdzenie, czy chorego nie można bezpiecznie i skutecznie odżywiać w oparciu o modyfikacje diety zwykłej,
 - ✓ dobranie odpowiedniego programu leczenia żywieniowego w domu na podstawie modyfikacji programu leczenia żywieniowego w szpitalu i wykazanie, że program ten odpowiada potrzebom metabolicznym chorego,
 - ✓ założenie odpowiedniego dostępu do układu żylnego lub przewodu pokarmowego,
 - ✓ rehabilitację żywieniową i ruchową,
 - ✓ szkolenie chorego lub opiekuna,
 - ✓ w zależności od wskazań uzupełniające postępowanie diagnostyczne, niezbędne dla bezpiecznego leczenia w domu, np. pasaż przewodu pokarmowego, test wchłaniania jelitowego, dokładne badanie układu krzepnięcia w celu ustalenia przyczyny zakrzepicy (wszystkie czynniki i

inhibitory) i dobrania odpowiedniego leczenia, ocenę układu kostnego metodą densytometrii,

- ✓ ustalenie z dostawcą sprzętu i leków trybu i terminów zamówień i dostaw sprzętu i leków do domu chorego oraz terminów i formy płatności,
- ✓ przygotowanie dokumentacji i wypisanie chorego do domu,

5. Mieszanina odżywcza

Skład podawanej mieszaniny odżywczej powinien być odpowiedni do choroby i zgodny z innymi stosowanymi lekami oraz drogą podawania oraz pokrywać zapotrzebowanie chorego na substancje odżywcze.

- Skład mieszaniny odżywczej ustala lekarz prowadzący leczenie.
- Mieszanina odżywcza powinna być sprawdzona pod względem stabilności, czasu przechowywania i zgodności podawanych z nią leków.
- Chory lub jego opiekun powinien znać skład mieszaniny odżywczej oraz inne zlecone leki i sposób ich przyjmowania.
- Mieszanina odżywcza do żywienia pozajelitowego może być w całości przygotowywana w domu chorego lub częściowo przygotowywana przez szpital lub przemysł i uzupełniana w domu przez chorego lub jego opiekuna w oparciu o napisany program przygotowywania mieszaniny.
- Mieszanina odżywcza do żywienia dojelitowego może być w całości przygotowywana w domu chorego lub częściowo lub w całości przygotowywana przemysłowo i uzupełniana w razie potrzeby w domu przez chorego lub jego opiekuna w oparciu o pisemny program przygotowywania mieszaniny.

6. Sposób prowadzenia leczenia żywieniowego i podawanie

- Należy wybrać najbezpieczniejszą i najbardziej skuteczną drogę dostępu, zapewniającą pokrycie potrzeb żywieniowych chorego.
- Wraz z postępowaniem leczenia, poprawą stanu zdrowia i / lub wchłaniania jelitowego droga podawania substancji odżywczych może zmieniać się z pozajelitowej na dojelitową lub doustną. W zależności od wskazań, odżywianie chorego może być jednocześnie prowadzone drogą dożylną, dojelitowo i doustnie.

- Sprzęt do dostępu żylnego lub przewodu pokarmowego oraz metoda podawania powinny umożliwiać bezpieczne i skuteczne długotrwałe stosowanie w warunkach domowych.
- Założenie urządzenia do dostępu żylnego lub przewodu pokarmowego powinien wykonać lub nadzorować lekarz posiadający wystarczające doświadczenie,
- Dostęp do układu żylnego:
 - ✓ cewnik lub port do długotrwałych wlewów dożylnych, wprowadzany do żyły głównej przez żyły szyjne, żyłę podobojczykową, żyłę udową lub poprzez operacyjne odsłonięcie innego naczynia zakłada lekarz w warunkach bloku operacyjnego pod monitorem RTG w celu właściwego umiejscowienia końcówki cewnika,
 - ✓ cewnik do żyły głównej przez żyłę obwodową wprowadza lekarz lub przeszkolona pielęgniarka,
 - ✓ wprowadzenie cewnika do naczynia żylnego odbywa się w sposób aseptyczny z zachowaniem wszystkich zasad opisanych w standardzie dostępu żylnego,
- Dostęp do przewodu pokarmowego:
 - ✓ zgłębnik nosowo - żołądkowy może wprowadzać lekarz, pielęgniarka, przeszkolony chory lub jego opiekun,
 - ✓ zgłębnik nosowo - dwunastniczy lub nosowo-jelitowy może być wprowadzany przez lekarza lub przeszkoloną pielęgniarkę,
 - ✓ przezskórne przetoki odżywcze wytwarzane operacyjnie lub endoskopowo muszą być zakładane przez lekarza; wymiana przetoki odżywczej może być wykonana przez przeszkoloną pielęgniarkę, chorego lub opiekuna chorego,
- Prawo posługiwania się urządzeniami do dostępu żylnego lub przewodu pokarmowego w zakresie umożliwiającym sztuczne odżywianie mają wyłącznie osoby przeszkolone w zakresie posługiwania się określonym typem cewnika, portu, zgłębnika lub przetoki odżywczej. Osobami tymi mogą być lekarz, pielęgniarka, chory lub jego opiekun. Jedyny wyjątek od tej zasady stanowi konieczność wykorzystania dostępu żylnego w celu ratowania życia.

- Posługiwanie się urządzeniami do dostępu żylnego lub do przewodu pokarmowego musi odbywać się zgodnie z zasadami wymienionymi w pisemnej instrukcji posługiwania się określonym typem cewnika, portu lub zgłębnika.
- Metoda podawania mieszaniny odżywczej powinna być dostosowana do warunków domowych. Wyboru należy dokonać w zależności od stanu zdrowia chorego, objętości podawanej mieszaniny odżywczej, bezpieczeństwa, kosztów oraz aktywności chorego.

7. Szkolenie

Przed rozpoczęciem leczenia chory lub jego opiekun musi być przeszkolony w zakresie zasad i metod żywienia pozajelitowego lub dojelitowego w domu oraz wykazać znajomość i praktyczne opanowanie tych zasad.

- Szkolenie w zakresie prowadzenia żywienia pozajelitowego w warunkach domowych powinno obejmować:
 - ✓ posługiwanie się sprzętem do żywienia pozajelitowego,
 - ✓ zasady przechowywania i sprawdzania przydatności do użycia preparatów i sprzętu,
 - ✓ aseptyczne przygotowywanie i podawanie mieszaniny odżywczej,
 - ✓ podłączanie i odłączanie mieszaniny odżywczej oraz zamykanie cewnika lub portu na okres przerwy w podawaniu mieszaniny odżywczej,
 - ✓ ustawianie i kontrolę szybkości wlewu mieszaniny odżywczej,
 - ✓ zasady opieki nad cewnikiem w żyłę główną,
 - ✓ zasady posługiwania się pompą infuzyjną,
 - ✓ zasady zapobiegania, rozpoznawania i postępowania w przypadku wystąpienia powikłań, w tym powikłań metabolicznych, technicznych i septycznych oraz możliwych niezgodności,
 - ✓ zasady porozumiewania się z lekarzem prowadzącym i zespołem leczenia żywieniowego w domu oraz z dostawcą sprzętu i leków,
 - ✓ zasady odżywiania doustnego (jeśli możliwe) i podawania innych leków,
 - ✓ zasady higieny osobistej,
 - ✓ zasady utylizacji odpadów,
- Szkolenie w zakresie żywienia dojelitowego powinno obejmować:
 - ✓ posługiwanie się sprzętem do żywienia dojelitowego,

- ✓ zasady przechowywania i sprawdzania przydatności do użycia diet i sprzętu,
 - ✓ aseptyczne przygotowywanie i podawanie mieszaniny odżywczej,
 - ✓ zasady podawania innych leków oraz wiadomości o zgodności z mieszaniną odżywczą,
 - ✓ ustawianie i kontrolę szybkości wlewu mieszaniny odżywczej,
 - ✓ zasady opieki nad zgłębnikiem lub przetoką odżywczą,
 - ✓ zasady posługiwania się pompą infuzyjną do żywienia dojelitowego,
 - ✓ zasady zapobiegania, rozpoznawania i postępowania w przypadku wystąpienia powikłań,
 - ✓ zasady porozumiewania się z lekarzem prowadzącym i zespołem leczenia żywieniowego w domu oraz z dostawcą sprzętu i leków,
 - ✓ zasady odżywiania doustnego (jeśli możliwe) i podawania innych leków,
 - ✓ zasady higieny osobistej,
- Chory lub jego opiekun powinien otrzymać odpowiednie materiały szkoleniowe w formie pisemnej .
 - Należy dokonywać okresowej kontroli prawidłowości postępowania chorego lub opiekuna w zakresie leczenia żywieniowego i w razie potrzeby przeprowadzić ponowne szkolenie.

8. Monitorowanie domowego żywienia pozajelitowego

Chory żywiony pozajelitowo lub dojelitowo w domu powinien być monitorowany w celu oceny skuteczności leczenia, objawów niepożądanych oraz stanu zdrowia, którego zmiany mogą wymagać modyfikacji leczenia żywieniowego.

- Monitorowanie powinno odbywać się zgodnie z indywidualnym planem leczenia, określającym terminy wizyt kontrolnych i obejmować stan zdrowia oraz stan metaboliczny chorego ze szczególną oceną tych narządów i układów, których czynność może ulec upośledzeniu z powodu prowadzonego leczenia lub choroby podstawowej.
- Rutynowe monitorowanie powinno obejmować:
 - ✓ ocenę wskazań do dalszego leczenia,
 - ✓ ocenę podaży substancji odżywczych i ew. nietolerancji,
 - ✓ kontrolę podawanych leków,

- ✓ wywiad w zakresie leczenia i problemów obserwowanych w okresie od ostatniej wizyty kontrolnej,
- ✓ ocenę stanu odżywienia chorego w oparciu o badania antropometryczne, biochemiczne i badanie składu ciała metodą bioimpedancji,
- ✓ badania laboratoryjne w celu wykrycia niedoborów lub nadmiernej podaży substancji odżywczych, w tym:
 - badania biochemiczne wykonywane standardowo – morfologia krwi z rozmazem i retikulocytami, CRP, stężenie białka, albumin, glukozy, mocznika, kreatyniny, bilirubiny, AspAT, ALAT, LDH, GGTP, AP, sodu, potasu, wapnia, magnezu, chlorków, fosforanów, trójglicerydów, cholesterolu w surowicy, koagulogram (zakres umożliwiający prowadzenie leczenia fibrynolityczne), gazometria krwi żyłnej,
 - badania biochemiczne specjalne, wykonywane w przypadku wskazań – stężenie transferyny, fibronektyny, prealbumin, kwasu moczowego, apo-lipoprotein, frakcji lipoprotein, LpX, amylazy, lipazy, witamin i pierwiastków śladowych (żelazo, cynk, miedź, mangan, selen) w surowicy, elektrolitów (sodu, potasu, wapnia, magnezu, chlorków, fosforanów) w moczu z dobowej zbiórki, gazometria krwi tętniczej,
 - densytometria rutynowo raz w roku,
 - inne badania wykonywane w przypadku wskazań¹⁴: test wchłaniania jelitowego, badania endoskopowe – pełny zakres z badaniem histologicznym materiału, EKG, badanie ECHO serca, badanie kontrastowe przewodu pokarmowego – pełny zakres, badanie RTG klatki piersiowej, badanie USG jamy brzusznej i przestrzeni zaotrzewnowej,.
 - badania wykonywane w przypadku podejrzenia zakrzepicy żyłnej¹⁵ - badanie USG / Doppler układu żylnego, badanie CT spiralne naczyń klatki piersiowej,
 - badanie mikrobiologiczne wykonywane w przypadku podejrzenia zakażenia dostępu żylnego lub przewodu pokarmowego (bakteriologiczne i mykologiczne) z wykorzystaniem szybkich testów (

¹⁴ wyłącznie badania wykonywane w warunkach ambulatoryjnych, badania wykonywane w trakcie hospitalizacji finansowane w ramach hospitalizacji ,

¹⁵ wyłącznie diagnostyka wykonywana w warunkach ambulatoryjnych, badania wykonywane w trakcie hospitalizacji finansowane w ramach hospitalizacji ,

BactAlert, Vaytec) krwi, moczu, płynu m-r i treści z przewodu pokarmowego,

- badanie HBs, HCV,
- badanie okulistyczne w kierunku grzybicy,
- ✓ omówienie innych problemów, w tym zmian w stylu życia, problemów psycho – emocjonalnych,
- ✓ kontrolę cewnika, portu lub zgłębnika,
- ✓ po otrzymaniu wyników badań sprawdzenie programu żywienia pozajelitowego lub dojelitowego z ewentualną korektą i zaleceniami dot. dalszego leczenia,
- ✓ omówienie potrzeb i rezerw preparatów i sprzętu oraz uaktualnienie zapotrzebowań dla firmy dystrybucyjnej,
- ✓ ustalenie terminu następnej wizyty,

9. Oddział szpitalny zabezpieczający leczenie

- W przypadku wystąpienia lub podejrzenia wystąpienia powikłań leczenia żywieniowego w domu, powikłań choroby podstawowej lub innych chorób uniemożliwiających bezpieczne kontynuowanie leczenia w warunkach domowych chory musi być hospitalizowany w oddziale szpitalnym wyspecjalizowanym w zakresie prowadzenia żywienia pozajelitowego i dojelitowego, zapewniającym odpowiednie leczenie powikłań.
- Z uwagi na bezpieczeństwo chorych i racjonalizację kosztów leczenia oddział taki powinien spełniać wymagania wymienione w pkt. 4 (Standard i kwalifikacje placówki realizującej program oraz udzielającej świadczeń zdrowotnych) części ogólnej niniejszych materiałów.

10. Zakończenie leczenia

- Przed zakończeniem żywienia poza- lub dojelitowego muszą być spełnione następujące warunki:
 - ✓ żywienie pozajelitowe może być zakończone dopiero wtedy gdy potrzeby żywieniowe chorego mogą być pokryte przez odżywianie drogą przewodu pokarmowego.
 - ✓ żywienie dojelitowe może być zakończone dopiero wtedy gdy potrzeby żywieniowe chorego mogą być pokryte przez odżywianie drogą doustną,

- ✓ leczenie żywieniowe może być czasowo przerwane w przypadku wystąpienia powikłań tego leczenia lub pogorszenia stanu zdrowia chorego, uniemożliwiających bezpieczne kontynuowanie odżywiania,
- ✓ leczenie żywieniowe może być zakończone, jeśli chory nie życzy sobie jego kontynuowania¹⁶, *po wypełnieniu protokołu zakończenia leczenia*,
- ✓ leczenie żywieniowe może być zakończone, jeśli chory i lekarz wspólnie uznają, że dalsze kontynuowanie leczenia żywieniowego nie przyniesie choremu oczekiwanych korzyści¹⁷, *po wypełnieniu protokołu zakończenia leczenia*,
- ✓ decyzja i powody zakończenia leczenia żywieniowego muszą być odnotowane w dokumentacji lekarskiej chorego.

¹⁶ nie powinno to jednak spowodować zaistnienia stanu zagrożenia zdrowia i życia pacjenta ,

¹⁷ nie powinno to jednak spowodować zaistnienia stanu zagrożenia zdrowia i życia pacjenta ,

Leczenie tlenem w warunkach domowych

1. Grupa docelowa

Do przewlekłego leczenia tlenem w warunkach domowych przy pomocy koncentratora tlenu, kwalifikują się chorzy na przewlekłe, nienowotworowe choroby płuc w okresie niewydolności oddychania. Kwalifikacja opiera się na wyniku badania gazów krwi tętniczej pobranej w spoczynku, w pozycji siedzącej wykonanej w okresie wyrównania choroby.

2. Kryteria kwalifikacji pacjentów do domowego leczenia tlenem

Wskazania:

- A. Ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO_2) ≤ 55 mmHg.
- B. Ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej PaO_2 56-60 mmHg, jeśli obecny jest przynajmniej jeden z trzech poniżej wymienionych objawów:
 - a. radiologiczne cechy nadciśnienia płucnego
 - b. elektrokardiograficzne cechy przerostu prawej komory
 - c. hematokryt $\geq 55\%$

Lekarz kwalifikujący do terapii musi dysponować aktualnymi wynikami:

- a. badanie gazometryczne krwi
- b. badanie spirometryczne
- c. rtg. klatki piersiowej PA i boczne
- d. EKG
- e. morfologia krwi z hematokrytem

Kontrola spełniania kryteriów:

Ad. A. Wynik $\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg musi być powtarzalny. Badanie gazów krwi powinno być powtórzone po miesiącu i wykazywać wynik ≤ 55 mmHg.

Ad. B. Wynik PaO_2 56-60 mmHg musi być powtarzalny po 3 miesiącach. Badanie gazów krwi musi być powtórzone po 3 miesiącach i wykazywać ≤ 60 mmHg.

Uwaga: W momencie rozpoczynania leczenia tlenem w warunkach domowych chory nie może palić papierosów.

Przeciwwskazania:

- palenie tytoniu ,
- zmiany zwłóknieniowe płuc,

- zmiany rozrostowe,
- roztrzenie oskrzeli,
- wady i niewydolność serca,
- choroba zatorowo-zakrzepowa płuc,
- nowotwory płuc.

3.Kwalifikacje personelu

Kwalifikacja do leczenia tlenem w warunkach domowych musi być dokonywana przez kompetentny zespół lekarzy (lekarz specjalista chorób płuc i lub specjalista chorób wewnętrznych)

4. Wymagany sprzęt do prowadzenia tlenoterapii w warunkach domowych:

koncentrator tlenu (z atestem) do wypożyczenia pacjentowi

5. Standard domowego leczenia tlenem z użyciem koncentratora

- - badanie lekarskie – minimum raz w kwartale
- - wizyta pielęgniarki w domu chorego – minimum raz na 2 tygodnie
- - gazometria – minimum raz w kwartale
- - spirometria – raz na pół roku
- - morfologia krwi (bez rozmazu) – minimum raz w kwartale
- - RTG klatki piersiowej (zdjęcie P-A i boczne lewe) – minimum raz w roku
- - EKG – minimum dwa razy w roku
- - Chory otrzymuje Koncentrator tlenu oraz przewody tlenowe nieodpłatnie. Sam opłaca koszty energii elektrycznej zużywanej przez aparat. W razie niemożności pokrycia tych kosztów przez chorego powinien on się stracić o ich refundację z funduszy opieki społecznej.

Uwaga: Rozpoczynanie przewlekłego leczenia tlenem powinno odbywać się w szpitalu.

Ośrodki domowego leczenia tlenem przejmują kompleksową opieką nad pacjentem.

6. Jednostka rozliczeniowa – punkt rozliczeniowy

Świadczenie zdrowotne w trybie jednodniowym – standardy i warunki realizacji

Postępowanie w trybie jednodniowym jest świadczeniem zdrowotnym realizowanym przez personel medyczny o kwalifikacjach i w liczbie niezbędnej do jego realizacji, którego celem jest przeprowadzenie u pacjenta z rozpoznaną jednostką chorobową, określonego postępowania leczniczego lub diagnostycznego w trybie planowym w trakcie pobytu w zakładzie opieki zdrowotnej.

W przypadku konieczności wielokrotnych pobytów (w okresie 30 dni od dnia wypisu) uwarunkowanych wykonaniem tej samej procedury medycznej u tego samego pacjenta, lub kontynuacją wdrożonego postępowania diagnostyczno – terapeutycznego u tego samego pacjenta płatnik będzie traktował i finansował cykl procedur jako świadczenie jednorazowe.

Wzory dokumentacji medycznej dla świadczeń w trybie jednodniowym są zawarte w załącznikach 7a, 7b, 7c, 7d.

1. Standardy postępowania w trybie jednodniowym

1. Leczenie musi być zaplanowane wcześniej z ustaleniem terminu przyjęcia, skojarzonego z możliwościami wykonania konsultacji i badań.
2. Pacjent, a w przypadku dzieci opiekun prawny, jest poinformowany o proponowanym trybie wykonywanych badań diagnostycznych lub proponowanym procesie terapeutycznym.
3. Pacjent otrzymuje zrozumiałą informację w formie pisemnej dotyczącą pobytu w oddziale.
4. Warunki lokalowe, umeblowanie i wyposażenie zapewniają odpowiedni standard realizacji i zapewniają poczucie bezpieczeństwa dla pacjenta.
5. W przypadkach powikłanych, jednostka wykonująca świadczenie zdrowotne zapewnia możliwość przeniesienia chorego do właściwego oddziału szpitalnego w sytuacjach wymagających hospitalizacji, co potwierdzone jest stosownym porozumieniem między zakładami (w przypadku wyodrębnionych zakładów).

6. Cały proces diagnozowania i leczenia zapisany jest w odpowiedniej dokumentacji wypełnianej na bieżąco (dokumentacja prowadzona na nośnikach elektronicznych – system informatyczny).

2. Zakres świadczenia

Zakres świadczenia obejmuje:

1. przygotowanie i zakwalifikowanie pacjenta do wykonania świadczenia (w tym niezbędne konsultacje i badania diagnostyczne) z wyłączeniem badań potwierdzających wstępne rozpoznanie,
2. przyjęcie pacjenta i przeprowadzenie określonych procedur diagnostyczno – terapeutycznych, a w przypadkach tego wymagających także zastosowanie właściwego znieczulenia,
3. nadzór nad pacjentem (obserwacja) lub ewentualną hospitalizację pacjenta trwające nie dłużej niż wymaga tego stan zdrowia pacjenta wraz z konieczną dodatkową diagnostyką,
4. wizyty kontrolne, wykonywane w ramach porad lekarskich, przeprowadzane w zakładzie lub w razie potrzeby w domu pacjenta w ciągu 7 dni od wypisu po przeprowadzeniu procesu diagnostyczno – terapeutycznego lub wykonaniu procedury zabiegowej, związanej z rozpoznanie stanowiącym o jej wykonaniu. W przypadku wykonania procedur, których elementem jest potrzeba chirurgicznego zaopatrzenia ran, świadczenie obejmuje wszystkie wizyty kontrolne aż do usunięcia szwów.

3. Kwalifikacje personelu

1. Kierownik zakładu i jego zastępca – kwalifikacje zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań, jakim winny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz.U. z dnia 31 maja 2000 r)
2. Personel pracujący w zakładzie musi posiadać kwalifikacje zawodowe (lekarz II stopień specjalizacji) oraz doświadczenie niezbędne do wykonywania określonych procedur medycznych
3. Dodatkowo, do wykonywania procedur określanych jako zabiegowe lub z zakresu diagnostyki inwazyjnej wymagane jest:
 - lekarz - posiadający specjalizację II stopnia w specjalności właściwej do rodzaju udzielanych świadczeń,
 - lekarz anestezjolog - posiadany II stopień specjalizacji.

- pielęgniarki - co najmniej 10 % personelu pielęgniarskiego stanowią pielęgniarki anestezyjologiczne, (w przypadku realizacji świadczeń zabiegowych)

4. Warunki lokalowe

Oferent powinien spełniać wymogi zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 21.09.1992r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U. z 1992r. Nr 74 poz.366 z późniejszymi zmianami)

5. Warunki techniczne dla zakładu

A/ Zakład musi być wyposażony w sprzęt znieczulający, monitorujący, diagnostyczny (w tym właściwy dla procedur diagnostyki inwazyjnej) i operacyjny (dla procedur zabiegowych) pozwalający, na bezpieczne dla pacjenta wykonanie oferowanych usług.

B/ W przypadku wykonywania procedur zabiegowych jednostka organizacyjna musi posiadać:

- a) Blok operacyjny i/lub salę operacyjną i/lub salę zabiegową wyposażoną co najmniej w aparat do znieczulenia z kardiomonitorem, pulsoksymetr, ssak mechaniczny i defibrylator,
 - b) salę wybudzeniowo – obserwacyjną wyposażoną w co najmniej kardiomonitor.
- z tym, że pkt. b) dotyczy również jednostek wykonujących procedury z zakresu diagnostyki inwazyjnej .

.....
pieczęć świadczeniodawcy

Oświadczenie pacjenta
ŚWIADOMA ZGODA NA OPERACJĘ (PROCEDURĘ) W TRYBIE
JEDNODNIOWYM

Nr Księgi Głównej..... /

Nazwisko i imię Data urodzenia

Rozpoznanie:

Proponowany zabieg operacyjny:

.....

Stwierdzam, że przedstawiłem pacjentowi planowany sposób leczenia operacyjnego oraz poinformowałem o możliwych zagrożeniach i powikłaniach, które mogą wystąpić w przebiegu lub w wyniku operacji.

Podpis lekarza operującego:

Oświadczenie pacjenta:

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/-am się ze szczegółowym opisem leczenia operacyjnego, jego celowością i oczekiwanym wynikiem oraz potencjalnymi zagrożeniami mogącymi wystąpić w wyniku w/w leczenia i zgadzam się na proponowane leczenie operacyjne
- Zgadzam się na operację w znieczuleniu ogólnym/przewodowym w trybie jednodniowym
- Zgadzam się na ewentualne zmodyfikowanie sposobu operacji w niezbędnym zakresie zgodnie z zasadami wiedzy medycznej jeśli będzie tego wymagała sytuacja powstała w wyniku procesu terapeutycznego.
- Zgadzam się na przeniesienie mnie do właściwego oddziału stacjonarnego zgodnie z decyzją lekarza operującego lub lekarza anestezjologa, jeżeli wymagałby tego mój stan zdrowia.
- Stwierdzam, że uzyskałem/-am wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania i proszę o wykonanie proponowanej operacji

Ewentualne uwagi pacjenta:

.....
.....

...../...../.....

data

.....

podpis i pieczęć lekarza

.....

podpis pacjenta

.....
pieczęć świadczeniodawcy

**KARTA KWALIFIKACYJNA
DO ZABIEGU OPERACYJNEGO W TRYBIE JEDNODNIOWYM**

Nr identyfikacyjny w, dn.

Nazwisko i imię Data urodzenia

.....

Adres.....
.....

Telefon

WYWIAD:
.....
.....
.....

Masa ciała: Wzrost.....

BADANIE PRZEDMIOTOWE:
.....
.....
.....

STAN MIEJSCOWY:
.....
.....
.....

ROZPOZNANIE:

PLANOWANY ZABIEG:
.....

Aktualne szczepienia przeciw WZW B (przynajmniej 2 x)

Pacjent w klasie ASA:

I	II	III	IV	V
---	----	-----	----	---

Uwaga: Klasa I: Pacjent ogólnie zdrowy
Klasa II: **Pacjent z łagodnym schorzeniem systemowym, które nie ma wpływu na znieczulenie**

Pacjent w klasie II wymaga dodatkowej konsultacji anestezjologa

KRYTERIA WYKLUCZAJĄCE Z OPERACJI W TRYBIE JEDNODNIOWYM

	TAK	NIE
• klasa ASA 3,4,5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• choroby krwi, skazy krwotoczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• choroby metaboliczne (cukrzyca)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• aktywne zakażenie (szczeg. dróg oddechowych)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• niezdiagnozowana lub nie skorygowana wada serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• drgawki w wywiadzie w ostatnich 6 miesiącach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• przewidywany czas operacji > 60 min.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• hipertermia złośliwa w wywiadzie rodzinnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zabiegi z otwarciem jam ciała *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• zwiększone ryzyko krwawienia pooperacyjnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pacjent kwalifikuje się do zabiegu w trybie jednodniowym

Pacjent kwalifikuje się wyłącznie do operacji z hospitalizacją

Pacjent otrzymał prospekt informacyjny dotyczący operacji, znieczulenia oraz przygotowania do zabiegu i opieki pooperacyjnej.

.....
data

.....
podpis i pieczętka lekarza kwalifikującego do zabiegu

Ewentualne uwagi lekarza anestezjologa:

.....
.....
.....

.....
data

.....
podpis lekarza anestezjologa

pieczęć świadczeniodawcy

**HISTORIA CHOROBY
PACJENTA LECZONEGO W TRYBIE JEDNODNIOWYM**

Nr identyfikacyjny, dn.

Nazwisko i imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres

.....

ROZPOZNANIE:KOD ICD X

.....
.....

RODZAJ ZABIEGU:

.....

.....KOD ICD-9.....

Masa ciała Wzrost..... Ciepłota

WYWIAD I BADANIE PRZEDMIOTOWE BEZPOŚREDNIO PRZED ZABIEGIEM

.....
.....
.....

Zlecona premedykacja:

.....
.....

Premedykację podano o godz: podpis pielęgniarki

OPIS ZABIEGU

Oper. Asys. Anest.

.....

.....

UWAGI DOTYCZĄCE PRZEBIEGU ZNIECZULENIA

.....

.....
 podpis anestezjologa

Czas trwania zabiegu od godz. do godz. = minut

OBSERWACJE NA SALI WYBUDZEŃ

Godzina przyjęcia:

Ciśnienie tętnicze	Tętno	Oddech	Saturacja	Temperatura

OBSERWACJE I UWAGI

STAN PO PRZYJĘCIU	Godzina	X	INTERWENCJE	
Zatrzymanie krążenia			Resuscytacja	
Nieprzytomny				
Otwiera oczy na ból				
Otwiera oczy na głos			Płyny dożylne (rodzaj, objętość)	
Przytomny			Tlenoterapia (minimalna saturacja)	
Zaburzenia oddychania			Reintubacja (godzina)	
Duszność			Sterydy iv. (rodzaj, dawka)	
Stridor			Paracetamol	
Dreszcze			Metoclopramid	
Pobudzenie			Sedacja	
Wymioty			Opiaty (rodzaj, dawka)	
Ból w ranie			Naloxon	

Uwagi pielęgniarki sali wybudzeń:

.....

.....

.....

podpis pielęgniarki

OCENA PACJENTA PRZED WYPISEM

Godzina

Ciśnienie tętnicze	Tętno	Oddech	Saturacja	Temperatura

Odpowiedź NIE uniemożliwia wypis

TAK NIE

- Pełny powrót świadomości TAK NIE
- Powrót odruchów obronnych (przełykanie, kaszel) TAK NIE
- Powrót czynności motorycznych i normalnych zachowań TAK NIE

Odpowiedź TAK uniemożliwia wypis

NIE TAK

- Nieprawidłowe parametry (ciśn. krwi, tętno) NIE TAK
- Powikłania w czasie zabiegu NIE TAK
- Niespodziewane przedłużenie zabiegu NIE TAK
- Krwawienie pooperacyjne NIE TAK
- Zaburzenia oddychania NIE TAK
- Stridor NIE TAK
- Nudności lub wymioty NIE TAK

WNIOSKI Z OBSERWACJI POOPERACYJNEJ W SALI WYBUDZEŃ

Pacjent kwalifikuje się do wypisu do domu

Pacjent kwalifikuje się do hospitalizacji

Wypisany o godzinie

Podpis lekarza operującego

Podpis lekarza anestezjologa.....

.....
pieczęć świadczeniodawcy

Załącznik 7 d

KARTA INFORMACYJNA
LECZENIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM

Nr identyfikacyjny, dn.

Nazwisko i imię Data urodzenia

Adres

.....

Data przyjęcia

ROZPOZNANIE:KOD ICD 10

.....

ZASTOSOWANE POSTĘPOWANIE

.....

.....

.....KOD ICD-9

.....

ZALECENIA

Leżenie przez

Płyny doustnie od godz.

Pokarmy od godz.

Leki:

.....

.....

Proszę ograniczyć aktywność do czasu kontroli.

Unikanie wysiłku fizycznego przez

Przy myciu (kąpeli) opatrunek nie może być zamoczony.

Inne zalecenia

.....

Proszę zgłosić się do.....

w dniu....., o godzinie na badanie kontrolne.

Podpis i pieczęć lekarza