

## KRYTERIA WŁĄCZENIA

### DO PROGRAMU LECZENIA PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBYCH NEUROLOGICZNYCH – PRZEWLEKŁA ZAPALNA POLINEUROPATIA DEMIELINIZACYJNA (CIDP)

DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

IMIĘ I NAZWISKO \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

<b>I. Kryteria włączenia wymagane bezwzględnie:</b>	
1. Badaniem EMG , PN ( co najmniej 4 nerwów)	
2. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego	
3. Braku skuteczności leczenia kortykosterydami	
lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania: .....	
<b>II. Kryteria włączenia wymagane względnie</b>	
<b>1. Badania laboratoryjne:</b>	
- morfologia z rozmazem, AIAT, AspAT, poziom Immunoglobulin i podklas IgA,	
- inne:.....	
<b>2. Badania obrazowe ( do decyzji lekarza):.....</b>	

Pacjent **nie spełnia / spełnia** kryteria włączenia do programu leczenia przewlekłej zapalnej polineuropatii demielinizacyjnej ( CIDP)

Podpis pacjenta

\_\_\_\_\_

Podpis lekarzy biorących udział w komisji kwalifikacyjnej

\_\_\_\_\_