

KRYTERIA WŁĄCZENIA

DO PROGRAMU LECZENIA PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBYCH NEUROLOGICZNYCH –ZESPÓŁ GUILLAIN-BARRE

DATA _____ / _____ / 20____

IMIĘ I NAZWISKO _____

PESEL _____

I. Kryteria włączenia wymagane bezwzględnie:	
1. WYSTĄPIENIE <i>jednego</i> Z PONIŻSZYCH OBJAWÓW:	
a. Narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowane w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania	
b. Narastający niedowład mięśni twarzy	
c. Dyzartria	
d. Dysfagia	
e. Zaburzenia oddechowe	
II. Kryteria włączenia wymagane względnie:	
1. Badania laboratoryjne:	
- morfologia z rozmazem, AlAT, AspAT, poziom Immunoglobulin i podklas IgA,	
- inne:.....	
- badanie płynu mózgowo- rdzeniowego	
2. Badanie PN, EMG (do decyzji lekarza):.....	

Pacjent **nie spełnia** / **spełnia** kryteria włączenia do programu leczenia Zespołu GUILLAIN-BARRE

Podpis pacjenta

Podpis lekarzy biorących udział w komisji kwalifikacyjnej
