

KRYTERIA WŁĄCZENIA
DO PROGRAMU LECZENIA PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBAH NEUROLOGICZNYCH

MIASTENIA (MG)

DATA _____ / _____ / 20____

IMIĘ I NAZWISKO _____

PESEL _____

| I. Kryteria włączenia wymagane bezwzględnie: | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. JEDNOCZESNE WYSTĄPIENIE <u>JEDNEGO</u> Z PONIŻSZYCH PUNKTÓW : | |
| Pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c. | |
| Retencja CO ₂ (ciśnienie parcjalne powyżej 45mmHg) | |
| Spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem SpO ₂ poniżej 93% | |
| Narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy | |
| Brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwwskazania do ich stosowania | |
| Terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym | |
| Narastanie objawów miastenii w okresie ciąży | |
| II. Kryteria włączenia wymagane względnie: | |
| 1. Badania laboratoryjne: | |
| - morfologia z rozmazem, AlAT, AspAT, poziom Immunoglobulin i podklas IgA, | |
| - inne:..... | |
| 2. Badanie SF, PS (do decyzji lekarza):..... | |

Pacjent **nie spełnia** / **spełnia** kryteria włączenia do programu leczenia miastenii (MG)

Podpis pacjenta:

Podpis lekarzy biorących udział w komisji kwalifikacyjnej:
