

KRYTERIA WŁĄCZENIA

DO PROGRAMU LECZENIA PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBYCH NEUROLOGICZNYCH –WIELOOIGNISKOWA NEUROPATIA RUCHOWA (MMN)

DATA _____ / _____ / 20 _____

IMIĘ I NAZWISKO

PESEL

I. Kryteria włączenia wymagane bezwzględnie:

1. Badaniem EMG , PN (co najmniej 6 nerwów)

2. Postępująca niesprawność ruchowa

II. Kryteria włączenia wymagane względnie

1. Badania laboratoryjne:

- morfologia z rozmazem, AlAT, AspAT, poziom Immunoglobulin i podklas IgA,

- inne:.....

2. Badania obrazowe (do decyzji lekarza):.....

Pacjent **nie spełnia / spełnia** kryteria włączenia do programu leczenia wieloogniskowej neuropatii ruchowej (MMN)

Podpis pacjenta

Podpis lekarzy biorących udział w komisji kwalifikacyjnej
